

透析施設のための

バスキュラーアクセス超音波セミナー

日時 2019年10月20日(日) 13:00-17:00 (開場12:30-)

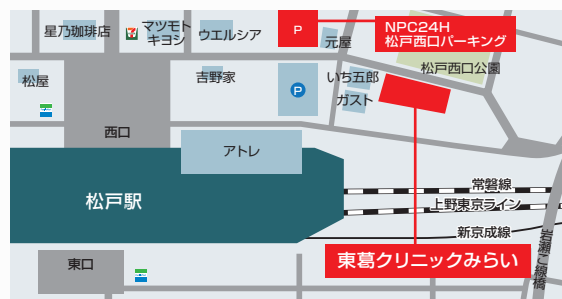
会場

東葛クリニックみらいホール

千葉県松戸市本町21-2 都市総合第3ビル6F

申込方法

参加ご希望の方は、裏面のFAX申込書でお申し込みください。



※お車でご来場の方は「NPC24H松戸西口パーキング」をご利用下さい。駐車券をご用意しております。

PROGRAM

※演題につきましては変更される場合もございますので、予めご了承願います。
※会場には、実機と説明員を準備しております。

富士フイルムメディカル株式会社 製品紹介

13:00・13:20

講演1 検査技師が伝えるエコーの基礎とFC1-Xの使用体験

13:20・13:50

講師 川崎 泰亮 先生 医療法人財団松圓会 東葛クリニック病院 臨床検査技師

講演2 臨床における理学所見・機能評価及び形態評価

13:50・14:20

講師 原 正彦 先生 医療法人社団愛和会 南千住病院 臨床工学技士

講演3 ポータブルエコーを用いた穿刺管理とAVFの使用体験

14:20・15:10

講師 木船 和弥 先生 医療法人財団松圓会 東葛クリニック病院 臨床工学技士

ハンズオン バスキュラーアクセスハンズオン

15:30・16:30

講師 木船 和弥 先生 医療法人財団松圓会 東葛クリニック病院 臨床工学技士

講師 川崎 泰亮 先生 医療法人財団松圓会 東葛クリニック病院 臨床検査技師

講師 原 正彦 先生 医療法人社団愛和会 南千住病院 臨床工学技士

※閉会后、17:00まで弊社製品を展示しております。ぜひお立ち寄り下さい。

FAX 043-261-8807

**「富士フィルムメディカルセミナー2019 in 千葉」参加申込書
(FAX お申込み専用)**

下記記載の「お客様個人情報のお取り扱いについて」にご同意の上、必要事項を記入しFAXにてお申し込みください。
FAX到着後、3営業日以内にご連絡させていただきます。

*下記申し込み欄に、施設名・ご氏名・職種・連絡先をご記入ください。

開催日時	2019年10月20日(日) 13:00~17:00 (開場12:30~)		
場所	千葉県松戸市本町21-2 都市総合第3ビル6F 東葛クリニックみらいホール TEL : 047-366-6150		
貴施設名			
ご氏名 1	フリガナ _____	様	・医師 ・技師/技士 ・他()
ご氏名 2	フリガナ _____	様	・医師 ・技師/技士 ・他()
ご氏名 3	フリガナ _____	様	・医師 ・技師/技士 ・他()
	フリガナ _____	様	・医師 ・技師/技士 ・他()
	フリガナ _____	様	・医師 ・技師/技士 ・他()
ご連絡先	Tel (-)	Fax (-)	Mail (@)

お客様個人情報取り扱いについて

<p style="text-align: center;">富士フィルムメディカル株式会社 個人情報保護管理者 経営推進本部 本部長 TEL:03-6419-8020 FAX:03-5469-3425</p> <p>弊社は、この度ご提供いただきましたお客様の個人情報を、以下の通りお取扱いたします。 1.利用目的 弊社取扱商品のお客様へのご案内のために使用させていただきます。 2.安全管理等 上記利用目的の範囲内で正確・最新の内容を保つよう努め、不正なアクセス、改ざん、漏えい等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じます。 3.第三者への提供 法令に定める場合を除いてお客様の承諾なしに第三者に提供いたしません。 4.第三者への預託 上記利用目的のために必要な範囲で弊社特約店等に預託することがあります。この場合、公共機関及び法令上守秘義務を負う公的資格者以外の預託先に対しては、弊社所定の守秘義務契約を締結するなどして適切な取扱い及び保護を行わせ、第三者への開示・提供、又は第1項の目的以外に利用することを禁止します。</p>	<p>5.個人情報ご提供の任意性 ご提供は任意ですが、ご提供いただけない場合は弊社取扱商品のお客様へのご案内ができない場合がございます。 6.苦情、通知、開示・訂正・追加又は削除請求、利用の拒否 お客様が弊社に対して苦情、通知、開示・訂正・追加又は削除請求、利用の拒否等をされる場合は、下記連絡先への電話、FAX及びE-mailにより承っております。その場合、弊社所有の個人情報をもとに、ご本人確認をさせていただきます。また、代理人からのご連絡の場合、委任状等をもって権限を確認させていただきます。</p> <p>【個人情報社外相談窓口】 富士フィルムメディカル株式会社 管理本部 総務グループ 住所：東京都港区西麻布二丁目26番30号 富士フィルム西麻布ビル TEL：03-6419-8020 FAX：03-5469-3510 e-mail：fms-privacy@fujifilm.com</p>
--	---

【お問い合わせ先、お申し込み先】

富士フィルムメディカル株式会社 東京地区本部 千葉営業所
〒260-0843 千葉県千葉市中央区末広5-6-15
TEL: 043-261-8801 FAX: 043-261-8807
担当者： 望月・八重澤

受付番号
※弊社記入欄