

FAX

マイラン EPD 合同会社
エピペン カスタマーサポートセンター
FAX: 0120-137-776

件名	エピペン練習用トレーナー無償貸与 申込書送付
----	------------------------

1 練習用トレーナーをご使用になる講習会について

開催日	年 月 日()		
対象者 ※該当する対象者を丸で 囲んでください	医療関係者	エピペンを処方された 患者様・ご家族	教職員・保育士 救急救命士
参加予定人数	人		
練習用トレーナー 希望貸与本数	本 (上限 50 本)	※貸出希望本数に添えない場合若しくは本申込書の記載事項に不備のある 場合、弊社からご連絡させていただきます。連絡がない場合は受付完了して おりますので、確認のお電話は差し控えていただきますようお願い致します。	
練習用トレーナー 到着希望日	年 月 日() ※到着希望日の 1 週間前までに、本申込書を Fax にて、お申込みください。		

2 申込またい方について

※ご記入いただく個人情報は、練習用トレーナー無償貸与の目的で使用するほか、弊社プライバシーポリシー(<http://www.mylan.co.jp/ja-jp/privacy-policy>)
に則り、使用させていただきます。

団体名	
部署名	
お名前(かな)	()
郵便番号	
ご住所	
電話番号	

本講習会が、別紙「エピペン練習用トレーナーの無償貸与に関するご案内」の貸与基準を満たすことを確認しました。
別紙貸与条件に同意し、申し込みます。

申込日: 年 月 日

ご署名:
