

中村哲医師 追悼の会
——中村先生と共に歩む——

氏名	(フリガナ)

住所	(〒 _____)

ご連絡先	(日中連絡可能な電話番号をご記入下さい)

▼必ずお読み下さい▼

- ①今後の新型コロナウイルス感染拡大状況によって定員数等に変更が生じた場合、事務局からご連絡いたします。
- ②受付ハガキがない場合はご入場できません。
- ③定員1,000人に達し次第、受付を締め切らせていただきます。
- ④複数名でお申し込みされる場合、ご出席される方全員の氏名、住所、連絡先をご記入ください。
- ⑤当日、発熱等の症状がある場合はご来場をお断りいたします。
- ⑥受付後、キャンセルされる際は事務局までご連絡をお願いします。
- ⑦後日、参加された方の中に感染が確認された場合、事務局からご連絡します。
- ⑧お預かりした個人情報、今回の追悼の会に関する業務にのみ使用いたします。

送付先

〒810-0003 福岡市中央区春吉1-16-8 VEGA天神南601号

ペシャワール会 Eメール peshawar@kkh.biglobe.ne.jp FAX 092 (731) 2373

--	--	--