**専門医コンサルテーション　申込書**

（西暦）　　年　　月　　日

以下の必要事項をご記入の上、下記までメールにてご連絡下さい。

公益財団法人 日本感染症医薬品協会 宛

E-mail：[gakkyo@antibiotics.or.jp](mailto:gakkyo@antibiotics.or.jp)

メールの表題を、「専門医コンサルテーション申し込み」　として下さい。

記入フォーム

|  |
| --- |
| お名前： |
| 会社名： |
| 会社住所： |
| ご所属： |
| 連絡先　E-mail： |
| 電話： |
| コンサルテーションの領域（以下の中で該当する番号を記載）： |
| 1. 抗微生物薬、②抗真菌薬、③抗ウイルス薬、④ワクチン、   ⑤その他（検査薬、検査機器など） |
| コンサルテーションの目的、内容等（差支えない範囲でご記入下さい）： |
|  |

* 個人情報は、ご本人の同意なく第三者に提供することはございません。