

フレゼニウス メディカル ケア ジャパン株式会社

リクエストフォーム

～腹膜透析の国内・海外旅行～

※ 下記内容を FAX もしくは E-mail にてお問合せ下さい

[ふりがな]

お名前:

ご住所:

病院名:

TEL:

FAX:

E-mail:

ご旅行期間:

希望都市:

備考欄:
(120 字以内)

お問合せ先

フレゼニウス メディカル ケア ジャパン株式会社

TEL: 03-6809-1561

FAX: 03-6809-1568

E-mail: FMC@fresenius.co.jp

担当: 製品事業推進部 ホリデー・ダイアリシス窓口 まで

ご記入していただいたお客様の個人情報は国内外旅行を楽しみながら出来る限り透析治療を受ける事を可能とするものであり、その他の目的には使用しません。弊社にて適切に管理させていただきます。お客様の個人情報をお客様の同意なしに業務委託先以外第三者に開示・提供することはありません。(法令などにより開示を求められた場合を除く。)上記に同意の場合はご返信ください。