

資料請求カード

ご希望内容を下記にご記入の上、FAXでお送りください。

医療機関名		
科名		
ご担当者名		
ご住所 (ご送付 ご連絡先)	〒	—
	電話番号	—
資料名		ご希望部数
服薬指導資料	ケイキサレート散をお飲みになる方へ (サイズ : B6)	部
	ケイキサレートドライシロップはリンゴ風味の顆粒のお薬です (サイズ : B6)	部
	上手なカリウムのとり方 (サイズ : A4)	部

ご記入ありがとうございました。後日、当社よりご郵送させていただきます。

なお、ご郵送までに1週間程度お時間をいただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。

個人情報の取り扱いについて

弊社では、お申し込みいただくにあたり、ご提供いただきました方の住所・氏名・電話番号などの特定個人を識別できる情報（以下「個人情報」といいます）について、以下に記載の目的のために利用させていただいております。

1. お申し込み資料の送付
2. 弊社製品の適正使用情報の提供

なお、個人情報のその他取り扱い等につきましては、弊社のプライバシーポリシーをご覧ください。

鳥居薬品株式会社 お客様相談室 電話 ; 0120-316-834