

9/1(日) 令和元年度中国・四国地区リウマチの治療とケア教育研修会 受講申込書

開催日時 2019年9月1日(日) 9:00~16:35(受付開始8:30)

開催場所 山口グランドホテル 孔雀の間

〒754-0021 山口県山口市小郡黄金町1-1 TEL:083-972-7777

申込締切:8/23(金)必着

◎以下の必要事項をご記入ください。ご記入内容に不備があると受講票をお届けできない場合があります。

お名前 (フリガナ)	氏		名	
(漢字)				
ご施設名				
勤務先住所	〒	勤務先電話番号		
※受講票は上記勤務先に送付いたします。自宅送付希望者のみ以下をご記入ください。				
受講票送付先	〒	電話番号		
職種	該当する□に✓をお願いします。 <input type="checkbox"/> 日本リウマチ財団登録医 (登録医番号:) <input type="checkbox"/> 一般医 <input type="checkbox"/> 臨床研修医・大学院生 <input type="checkbox"/> 日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師(登録番号:TK) <input type="checkbox"/> 日本リウマチ財団リウマチ登録薬剤師 (登録番号:TY) <input type="checkbox"/> 日本リウマチ財団登録理学療法士・作業療法士(登録番号:TR/TS) <input type="checkbox"/> メディカルスタッフ (職種:) ※登録医番号、登録番号が不明な場合は未記入で可			
備考				

<ご注意>

- ①読みやすい文字でご記入をお願い致します。
- ②郵便、メールまたはFAXにて右記申込先までお申送ください。
- ③申込受理後、順次受講票をお送りいたします。
- ④座席数に限りがございます。満席になり次第締め切らせていただきますので、お早めにお申送ください。

<申込先>

〒103-0025
 東京都中央区日本橋茅場町2-10-5 住友生命茅場町ビル2F
 東武トップツアーズ株式会社
 メディカルカンファレンスセンター
 「令和元年度中国・四国地区リウマチの治療とケア教育研修会」事務局
 担当:渡辺・小澤
 TEL:03-6667-0721
 FAX:03-6667-0729
 MAIL:ra_chusikoku2019@tobutoptours.co.jp

受付時間:9:30~17:30 土・日・祝休業



個人情報の取扱について、当社で申込みの際提出された申込書に記載された個人情報について、お客様との連絡のために利用させていただくほか、お客様がお申込みいただいた会合の開催のために必要な範囲内で利用させていただきます。