

『近畿地区 リウマチの治療とケア研修会』

受講申込書 (郵送用)

開催日：平成23年10月16日(日) 13:00 ~ 17:05

開催場所：奈良県新公会堂 奈良県奈良市春日野町101

以下の必要事項をご記入下さい。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。

氏名	勤務先	科名	職種
フリガナ			
所在地・電話番号		受講票送付先(勤務先と同じ場合は記入不要)	
〒		〒	
TEL		TEL	
氏名	勤務先	科名	職種
フリガナ			
所在地・電話番号		受講票送付先(勤務先と同じ場合は記入不要)	
〒		〒	
TEL		TEL	
氏名	勤務先	科名	職種
フリガナ			
所在地・電話番号		受講票送付先(勤務先と同じ場合は記入不要)	
〒		〒	
TEL		TEL	
氏名	勤務先	科名	職種
フリガナ			
所在地・電話番号		受講票送付先(勤務先と同じ場合は記入不要)	
〒		〒	
TEL		TEL	

< ご注意 >

- 読みやすい文字でご記入をお願い致します。
- 申込書受理後、すみやかに受講票をお送り致します。
- 1施設から複数名お申込の場合は、すべての受講者一人ずつ、必要事項をご記入下さい。
- 6名以上の場合はお手数ですがコピーして下さい。
- 座席数に限りがあります。満席になり次第締め切らせていただきますので、お早めにお申し込みください。

締切日：平成23年10月7日(金) 必着

送付先

〒101-0047 東京都千代田区内神田2-7-10 松楠ビル7F
株式会社レディオコム内
『近畿地区 リウマチの治療とケア研修会』事務局 行
TEL. 03-3254-7081

* 研修会の内容に関するお問い合わせは、(公財)日本リウマチ財団 TEL.03-3946-3551 までお願い致します。

共催：公益財団法人日本リウマチ財団 / 中外製薬株式会社