

関東・甲信越地区リウマチの治療とケア研修会

申込要領

本研修会に参加をご希望の方は、
下記の方法により、事前に申込みをお願い致します。

申込期限	平成23年11月7日（月） ※申込者多数の場合は、定員になり次第、締め切らせて戴きます。
申込先	〒102-0093 東京都千代田区平河町2-5-5 全国旅館会館7階 (株)東京バンケットプロデュース内 「関東・甲信越地区リウマチの治療とケア研修会」事務局
申込方法	FAX もしくはe-mail 送信のいずれかの方法にてお願い致します。 ① FAX：裏面のFAX申込書に必要事項を記載の上、 03-3556-6966 まで FAX送信をお願い致します。 ② e-mail：下記を記載の上、 racare2011@tbpk.co.jp までお送りください。 1. 氏名（フリガナの記載をお願い致します） 2. 勤務先および部署名 3. 職種（医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・保健師・ ソーシャルワーカー・介護福祉士・その他など） 4. 勤務先住所 5. 電話番号 6. 受講票送付先

※同一施設から複数名にてお申込みの場合は、人数ではなく全ての受講者のお名前等
必要事項をご記入ください。

※お送りいただく個人情報適切に管理し、当該研修会の参加申込手続き以外の用途
には使用致しません。

申込受理後、事務局よりすみやかに受講票をお送り致します。

電話番号**03-3556-6851** 平日10:00-17:00 担当：矢野

FAX送信先 03-3556-6966

(お申込は11月7日 月曜必着)

関東・甲信越地区 リウマチの治療とケア研修会 受講申込書 (FAX用)

開催日 | 平成23年11月20日(日) 13:00~17:00

開催場所 | 朱鷺メッセ 2階 スノーホール (新潟市中央区万代島6番1号)

※以下の必要事項をご記入の上、FAXにて送信してください。追って、受講票を送付致します。
ご記入内容に不備があると受講票をお届け出来ない場合がありますので、ご注意ください。

①

氏名	勤務先	部署名	職種
フリガナ			
勤務先住所・電話番号			
〒			
TEL.			
受講票送付先 (勤務先と同じ場合は記入不要)			
〒			
TEL.			

②

氏名	勤務先	部署名	職種
フリガナ			
勤務先住所・電話番号			
〒			
TEL.			
受講票送付先 (勤務先と同じ場合は記入不要)			
〒			
TEL.			

③

氏名	勤務先	部署名	職種
フリガナ			
勤務先住所・電話番号			
〒			
TEL.			
受講票送付先 (勤務先と同じ場合は記入不要)			
〒			
TEL.			

- 【ご注意】**
- 読みやすい字でご記入をお願い致します。
 - 申込受理後、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みの場合は、全ての受講者お一人ずつ、必要事項をご記入下さい。
 - 4名以上の場合はお手数ですがコピーの上、ご使用下さい。

【締切日】 平成23年11月7日(月) 必着

※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／ブリストル・マイヤーズ株式会社