

受講申込書 (郵送用)

開催日：平成24年10月28日(日) 13:00～17:05

開催場所：MRTmicc 2F ダイヤモンド 宮崎市橘通西4-6-3

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			1. 医師(リウマチ科・内科・整形外科・その他) 2. 薬剤師 3. 看護師 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 保健師 7. ソーシャルワーカー 8. 介護福祉士 9. その他()
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	
フリガナ			1. 医師(リウマチ科・内科・整形外科・その他) 2. 薬剤師 3. 看護師 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 保健師 7. ソーシャルワーカー 8. 介護福祉士 9. その他()
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	
フリガナ			1. 医師(リウマチ科・内科・整形外科・その他) 2. 薬剤師 3. 看護師 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 保健師 7. ソーシャルワーカー 8. 介護福祉士 9. その他()
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	
フリガナ			1. 医師(リウマチ科・内科・整形外科・その他) 2. 薬剤師 3. 看護師 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 保健師 7. ソーシャルワーカー 8. 介護福祉士 9. その他()
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24年10月19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
『平成24年度 九州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。