

『岐阜地区リウマチ教育研修会』
受講申込書(郵送用)

開催日：平成24年10月21日(日)9:00~16:25

開催場所：岐阜都ホテル 2F ポールルーム TEL.058-295-3100

以下の黒枠内に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	フリガナ	受講票 送付先	(勤務先 or 自宅)いずれかに 印の上、記入して下さい。 〒
勤務先			
科名			
日本リウマチ財団 登録医	登録医である(登録医番号:) 登録医ではない		TEL

申込書受理後、すみやかに受講票をお送り致します。締切日：平成24年10月12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 『岐阜地区リウマチ教育研修会』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