平成24年度 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

開催日時：平成24年8月26日（日） 13：00～17：00
開催場所：JA長野県ビル アクティーホール （〒380-0826 長野県長野市大字南長野北石堂町1177番地3）

所属先		施設名：		
		住所： 〒 ー		
		TEL：	FAX：	
1	部署（科）名	氏 名		職種（マルをお付けください）
		ﾌﾘｶﾞﾅ		1. 医師 （①リウマチ科 ・ ②内科 ・ ③整形外科 ・ ④その他） 2. 薬剤師 3. 保健師 4. 看護師 5. 理学療法士 6. 作業療法士 7. ソーシャルワーカー 8. 介護福祉士 9. その他（ ）
2	部署（科）名	氏 名		職種（マルをお付けください）
		ﾌﾘｶﾞﾅ		1. 医師 （①リウマチ科 ・ ②内科 ・ ③整形外科 ・ ④その他） 2. 薬剤師 3. 保健師 4. 看護師 5. 理学療法士 6. 作業療法士 7. ソーシャルワーカー 8. 介護福祉士 9. その他（ ）
3	部署（科）名	氏 名		職種（マルをお付けください）
		ﾌﾘｶﾞﾅ		1. 医師 （①リウマチ科 ・ ②内科 ・ ③整形外科 ・ ④その他） 2. 薬剤師 3. 保健師 4. 看護師 5. 理学療法士 6. 作業療法士 7. ソーシャルワーカー 8. 介護福祉士 9. その他（ ）

※すべての受講者の方のご芳名を必ずご記入下さい。4 名以上お申込の場合は複写してご使用ください。

◆◆ 申込方法 ◆◆

FAXの場合：026-228-8439 まで送信ください。

郵送の場合：返信用封筒（80円切手貼付、送付先記入）を同封の上、下記にお送りください。

お申し込みを受理後、7月末頃より受講票をお送り致します。

当日は受講票をご持参の上会場までお越しください。

申込先： 〒380-8582 長野県長野市若里五丁目22番1号
長野赤十字病院 リウマチ科
関東･甲信越地区リウマチの治療とケア研修会事務局 （担当：金物壽久）
TEL: 026-226-4131 FAX：026-228- 8439

共催： 公益財団法人日本リウマチ財団 / 参天製薬株式会社