「平成26年度　近畿地区リウマチの治療とケア研修会」

受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 勤務先 |  |
| 部署名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 受講票送付先 | 送付先は　□勤務先　□自宅  〒 |
| 職種  該当する箇所に○で  お囲いください | 医師（1.リウマチ科　　2.内科　3.整形外科　4.その他（　　　　　　 　）　）  　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（　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

**締切日：平成26年9月30日（火）**

（個人情報は適切に管理し、当該研修会の参加申込手続き以外の用途には使用いたしません）

**郵送先**　　〒100-6614 東京都千代田区丸の内1-9-2　グラントウキョウサウスタワー17F

株式会社シータイム内

　　　　　　「平成26年度近畿地区リウマチの治療とケア研修会事務局」　担当宛

**ＴＥＬ**　　　03-6256-0410

**ＦＡＸ**　　03-6256-0411

　「平成26年度近畿地区リウマチの治療とケア研修会事務局」　担当宛

**URL**　　　<https://ez-entry.jp/rheumatism_osaka2014/entry/>