**平成28年度 九州・沖縄地区リウマチの治療とケア研修会　受講申込書**

9月16日(金)までにE-mailまたはFAXにて下記へお申込みください。

申込受理後、折り返し受講票をお送りいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 勤務先 |  |
| 部署(科)名 |  |
| 所在地 | 〒  TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 受講票送付先  （勤務先と同じ場合は記入不要） | 〒  TEL |
| 職種  □に✔を入れてください | 医師（□リウマチ科　・　□内科　・　□整形外科　・　□その他）  □看護師　　□薬剤師　　□保健師　　□理学療法士  □作業療法士　　□　ソーシャルワーカー　　□介護福祉士  □その他（　　　　　　　 　　　　　　） |

（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）

事務局（お申込先）

〒162-0812 東京都新宿区西五軒町13-1 住友不動産飯田橋ビル3号館 8F

エーザイ株式会社内

「平成28年度 九州・沖縄地区 リウマチの治療とケア研修会」

担当　株式会社サンプラネット　　郡　亜弥

E-mail：a-kori@hhc.eisai.co.jp

TEL：03-5228-7120　FAX：03-5229-0706