**第28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**

日時：平成28年11月20日（日） 13：00～16：50 （12：15受付開始）

場所：栃木県総合文化センター ギャラリー棟 3F 特別会議室　〒320-8530 栃木県宇都宮市本町1-8

**◆以下の必要事項（① ～⑤）にご記入頂き、申込先FAXまたはE-mailにてお申し込み下さい。**

**（E-mailの場合は、必ず必要事項をメール本文にご記載下さい。）**

**◆受講申込書を受理後、折り返し「受講票」を送付致します。**

**申込先**

平成28年度 関東・甲信越地区リウマチの治療とケア研修会  
事務局代行 　株式会社エーアイ・ソリューション　担当：神谷

〒162-0816 東京都新宿区白銀町1-13 第11シグマビル飯田橋6F

**【FAX】03-6265-3386 　【E-mail】racare@ai-s.co.jp**

**締切日：平成28年11月11日（金）**（満席になり次第、締め切らせて頂きます。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①氏名 | ②勤務先・科名（部署名） | ③職種（該当する番号を○で囲んで下さい） |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 1.医師（ﾘｳﾏﾁ科・内科・整形外科・他）　2.看護師　3.薬剤師  4.保健師　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ④勤務先住所・電話番号 | | ⑤受講票送付先（勤務先と同じ場合は記入不要） |
| 〒  TEL: | | 〒 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①氏名 | ②勤務先・科名（部署名） | ③職種（該当する番号を○で囲んで下さい） |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 1.医師（ﾘｳﾏﾁ科・内科・整形外科・他）　2.看護師　3.薬剤師  4.保健師　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ④勤務先住所・電話番号 | | ⑤受講票送付先（勤務先と同じ場合は記入不要） |
| 〒  TEL: | | 〒 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①氏名 | ②勤務先・科名（部署名） | ③職種（該当する番号を○で囲んで下さい） |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 1.医師（ﾘｳﾏﾁ科・内科・整形外科・他）　2.看護師　3.薬剤師  4.保健師　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ④勤務先住所・電話番号 | | ⑤受講票送付先（勤務先と同じ場合は記入不要） |
| 〒  TEL: | | 〒 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①氏名 | ②勤務先・科名（部署名） | ③職種（該当する番号を○で囲んで下さい） |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 1.医師（ﾘｳﾏﾁ科・内科・整形外科・他）　2.看護師　3.薬剤師  4.保健師　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ④勤務先住所・電話番号 | | ⑤受講票送付先（勤務先と同じ場合は記入不要） |
| 〒  TEL: | | 〒 |

※5名以上の場合は、お手数ですがコピーしてご使用下さい。

※個人情報は適切に管理し、当該研修会の参加申し込み手続き以外の用途には使用致しません。

**共催：公益財団法人日本リウマチ財団／日本化薬株式会社**