**平成29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**

開催日：平成29年10月8日（日） 13:00～17:05（受付開始12時00分）

開催場所：長崎ブリックホール　3階　国際会議場

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **①氏 名** | **②勤務先・科名（部署名）** | **③職 種** | **④勤務先所在地** | **⑤受講票送付先** |
|  |  |  | 〒TEL：　　　　　　　　　FAX： | 自宅 ・ 勤務先　（どちらかに○をつけてください。） |
| **（自宅の場合）**〒TEL：　　　　　　　　　FAX： |
|  |  |  | 〒TEL：　　　　　　　　　FAX： | 自宅 ・ 勤務先　（どちらかに○をつけてください。） |
| **（自宅の場合）**〒TEL：　　　　　　　　　FAX： |
|  |  |  | 〒TEL：　　　　　　　　　FAX： | 自宅 ・ 勤務先　（どちらかに○をつけてください。） |
| **（自宅の場合）**〒TEL：　　　　　　　　　FAX： |

1. 受講申込書に必要事項（①氏名　②勤務先・科名（部署名） ③職種　④勤務先所在地　⑤受講票送付先）をご記入の上、FAXまたはE-mailにてお申し込みください。E-mailの場合は必要事項をメール本文に記載してください。
2. 申込を受理後、9月中旬頃に受講票をお送りいたします。
3. 1施設から複数のお申し込みがある場合は、受講者毎に必要事項を必ずご記入ください。

|  |
| --- |
| **申込先：FAX：06-6221-5938　　E-mail: racare@convention.co.jp** 平成29年度九州・沖縄地区リウマチの治療とケア研修会 事務局代行：日本コンベンションサービス株式会社　担当：冨永〒541-0042　大阪市中央区今橋4-4-7京阪神淀屋橋ビル2階　TEL：06-6221-5937 |

**締切日：平成29年9月29日（金）**

※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致しません。

共催：公益財団法人日本リウマチ財団／田辺三菱製薬株式会社