

平成29年度 北海道・東北地区 リウマチの治療とケア研修会

申込要領

本研修会に参加をご希望の方は、
下記の方法により、事前に申込みをお願い致します。

申込期限	平成29年8月30日(水)
申込先 (研修会事務局)	東武トップツアーズ株式会社 メディカルカンファレンスセンター大阪内 「平成29年度 北海道・東北地区リウマチの治療とケア研修会」事務局 担当:金森・宮本
申込方法	<p>下記記載事項をご記入の上、次の①②③のいずれかの方法でお願い致します。</p> <p>①郵送:〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-2-28 堂島アクシスビル7階 ②FAX:06-4799-0128 ③E-mail:racare2017@tobutoptours.co.jp</p> <p>1.氏名(フリガナの記載をお願い致します) 2.勤務先および部署名 3.職種(医師・看護師・薬剤師・保健師・理学療法士・作業療法士・ 医療ソーシャルワーカー・介護福祉士・その他など) 4.勤務先住所および電話番号 5.受講票送付先</p>

※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。

TEL 06-4799-0118 平日 10:00-17:00

FAX送信先 06-4799-0128

平成29年度 北海道・東北地区 リウマチの治療とケア研修会 受講申込書

開催日時 平成29年9月3日(日) 12:30~17:30

開催場所 札幌国際ビル8階 国際ホール (札幌市中央区北4条西4丁目1番地)

※以下の必要事項をご記入の上、FAXにて送信して下さい。追って、受講票を送付致します。
ご記入内容に不備があると受講票をお届けできない場合がありますので、ご注意下さい。

①

氏	名	勤務先	部署名	職種
フリガナ				
勤務先住所・電話番号				
〒				
受講票送付先(勤務先と同じ場合は記入不要)				
〒				

②

氏	名	勤務先	部署名	職種
フリガナ				
勤務先住所・電話番号				
〒				
受講票送付先(勤務先と同じ場合は記入不要)				
〒				

③

氏	名	勤務先	部署名	職種
フリガナ				
勤務先住所・電話番号				
〒				
受講票送付先(勤務先と同じ場合は記入不要)				
〒				

ご注意

- 1.読みやすい字でご記入をお願い致します。
- 2.申込受理後、すみやかに受講票をお送り致します。
- 3.1施設から複数名お申し込みの場合は、全ての受講者お一人ずつ、必要事項をご記入下さい。
- 4.4名以上の場合はお手数ですがコピーの上、ご使用下さい。
- 5.研修会の内容に関するお問い合わせは(公財)日本リウマチ財団(Tel.03-6452-9030)までお願い致します。

締切日

平成29年8月23日(水) 必着

共催:公益財団法人日本リウマチ財団/ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社/小野薬品工業株式会社