

平成 30 年度 九州・沖縄地区リウマチの治療とケア教育研修会

受講申込書

フリガナ		
氏名		
勤務先	勤務先名：	科名・部署名：
	ご住所： 〒	
	電話番号：	
受講票送付先	(勤務先と同じ場合は、記入不要です) 〒	

該当する□に✓を入れてください。

- 日本リウマチ財団登録医 (登録医番号：)
- 一般医
- 臨床研修医・大学院生
- 日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師 (登録番号：TK)
- 日本リウマチ財団リウマチ登録薬剤師 (登録番号：TY)
- コメディカル (職種：)

※2名以上の場合は、お手数ですがコピーしてご使用ください。

※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。

締切日：平成 30 年 9 月 28 日 (金) (定員になり次第、締め切らせて頂きます。)

※受講票は、9月中旬よりお送り致します。

申込先

【FAX】 03-6265-3386

【E-mail】 racare@ai-s.co.jp (上記必要事項をメール本文にご記入ください)

平成 30 年度九州・沖縄地区リウマチの治療とケア教育研修会 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

共催：公益財団法人日本リウマチ財団／日本化薬株式会社