

# 平成23年度九州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23年11月27日(日)、13:00-17:00

開催場所: 長崎ブリックホール 3F 国際会議場 (長崎県長崎市茂里町2-38 TEL(095)842-2002)

<b>所属先</b>	<b>施設名:</b>		
	<b>住所:</b> 〒      -		
	<b>TEL:</b>		<b>FAX:</b>
<b>1</b>	<b>部署(科)名</b>	<b>氏 名</b>	<b>職種 (マルをお付けください)</b>
		フリガナ	1. 医師 (①リウマチ科 ・ ②内科 ・ ③整形外科 ・ ④その他) 2. 薬剤師    3. 保健師 4. 看護師    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(    )
<b>2</b>	<b>部署(科)名</b>	<b>氏 名</b>	<b>職種 (マルをお付けください)</b>
		フリガナ	1. 医師 (①リウマチ科 ・ ②内科 ・ ③整形外科 ・ ④その他) 2. 薬剤師    3. 保健師 4. 看護師    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(    )
<b>3</b>	<b>部署(科)名</b>	<b>氏 名</b>	<b>職種 (マルをお付けください)</b>
		フリガナ	1. 医師 (①リウマチ科 ・ ②内科 ・ ③整形外科 ・ ④その他) 2. 薬剤師    3. 保健師 4. 看護師    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(    )

※すべての受講者の方のご芳名を必ずご記入下さい。4名以上お申込の場合は複写してご使用ください。

◆◆ **申込方法** ◆◆

**FAXの場合:** 095-849-7270 まで送信ください。

**郵送の場合:** 返信用封筒(80円切手貼付、送付先記入)を同封の上、下記にお送りください。

お申し込みを受理後、10月末頃より受講票をお送り致します。

当日は受講票をご持参の上会場までお越しください。

申込先: 〒852-8501 長崎県長崎市坂本1-7-1

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科展開医療科学講座(第一内科)

「九州地区リウマチの治療とケア研修会事務局」(担当 中村 英樹)

TEL: 095-819-7262 FAX: 095-849-7270

共催: 公益財団法人日本リウマチ財団 / 参天製薬株式会社