

# 九州地区リウマチ教育研修会申込要領

次の方法により、事前に申込みをお願い致します。

申込期限：平成 25 年 9 月 30 日（月）

※但し、申込者多数の場合は、定員になり次第締め切り致します。

申 込 先：〒843-0393 佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿丙 2436

独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター 院長 河部庸次郎

申込方法：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。

① E-mail：事務局 masaru.murakami@santen.co.jp

② FAX：事務局 06-6359-3849

③ 郵送先：〒843-0393 所在地 佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿丙 2436

独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター 院長 河部庸次郎

「九州地区リウマチ教育研修会申込」宛

※返信用封筒（宛先を書き 80 円切手を貼付のこと）を同封して下さい。

## 記載事項：

- ・氏名（フリガナ）
- ・勤務先および科名
- ・勤務先住所
- ・連絡先住所
- ・連絡先電話番号
- ・連絡先ファックス番号
- ・Eメールアドレス
- ・日本リウマチ財団登録医である場合  
登録医番号□□□□（不明な場合は未記入でも可）

※個人情報適切に管理し、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。

申込受理後、お申込みいただいた方法（e-mail の場合は、e-mail に添付）により、  
受講票をお送り致します。