

平成 22 年度『九州地区リウマチの治療とケア研修会』受講申込書

日時 平成 22 年 11 月 21 日（日）13 時 00 分～17 時 00 分

場所 鹿児島県医師会館 4 階大ホール 鹿児島市中央町 8-1 TEL 099 (254) 8121

| ①氏名 | ②所属施設・診療科 | ③職種 | ④所在地 | ⑤電話番号／⑥FAX 番号／⑦E-mail |
|-----|-----------|-----|------|------------------------|
| | | | 〒 | 電話： FAX： E-mail： |
| | | | 〒 | 電話： FAX： E-mail： |
| | | | 〒 | 電話： FAX： E-mail： |
| | | | 〒 | 電話： FAX： E-mail： |

1. 受講申込書に必要事項（①氏名 ②所属施設・診療科名 ③職種 ④所在地 ⑤電話番号 ⑥FAX 番号 ⑦E-mail アドレス）をご記入の上、FAX または E-mail にてお申込ください。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、折り返し受講票を送付致します。
3. 1 施設から複数のお申込みがある場合は、受講者ごとに必要事項を必ずご記入下さい。

申込先：FAX：06-6221-5938 E-mail：racare@convention.co.jp

九州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：竹内詩保子

〒541-0042 大阪市中央区今橋 4-4-7 京阪神不動産淀屋橋ビル 2 階 TEL：06-6221-5933

締切日：平成 22 年 11 月 5 日（金）

共催：財団法人日本リウマチ財団／田辺三菱製薬株式会社