

# 「埼玉地区リウマチ教育研修会」受講申込書

開催日:平成23年1月23日(日)9:00~16:05

開催場所:大宮ソニックシティ 展示場3&4

フリガナ 氏名	
勤務先	
科名	
勤務先所在地	
連絡先住所	送付先は <input type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> 自宅 〒
連絡先電話番号	
連絡先ファックス番号	
E-mail アドレス	
日本リウマチ財団 リウマチ登録医の場合	登録医番号「 <input type="text"/> 」(不明な場合は未記入で可)

■郵送先 〒170-0005 東京都豊島区南大塚 2-39-7 ヤマト大塚ビル 5F  
財団法人日本リウマチ財団  
「埼玉地区リウマチ教育研修会」宛

■FAX 03-3946-7500  
「埼玉地区リウマチ教育研修会」宛