

受講申込書 (郵送用)

開催日：平成22年9月12日(日) 13:00～17:10

開催場所：ポルファートとやま 富山県富山市奥田新町8-1

以下の必要事項をご記入下さい。ご記入内容に不備があると受講票をお届けできない場合があります。

氏名フリガナ	氏名	所属施設	診療科	職種
所在地・電話番号		受講票送付先(所属施設と同じ場合は記入不要)		
〒			〒	
TEL			TEL	
氏名フリガナ	氏名	所属施設	診療科	職種
所在地・電話番号		受講票送付先(所属施設と同じ場合は記入不要)		
〒			〒	
TEL			TEL	
氏名フリガナ	氏名	所属施設	診療科	職種
所在地・電話番号		受講票送付先(所属施設と同じ場合は記入不要)		
〒			〒	
TEL			TEL	
氏名フリガナ	氏名	所属施設	診療科	職種
所在地・電話番号		受講票送付先(所属施設と同じ場合は記入不要)		
〒			〒	
TEL			TEL	

< ご注意 >

- 読みやすい文字でご記入をお願い致します。
- 申込書受理後、すみやかに受講票をお送り致します。
- 1施設から複数名お申込の場合は、すべての受講者一人ずつ、必要事項をご記入下さい。
- 6名以上の場合はお手数ですがコピーして下さい。

締切日：平成22年9月3日(金) 必着

送付先

〒101-0047 東京都千代田区内神田2-7-10 松楠ビル7F
株式会社レディオコム内
平成22年度
『東海・北陸地区 リウマチの治療とケア研修会』事務局 行
TEL.03-3254-7081

* 研修会の内容に関するお問い合わせは、(財)日本リウマチ財団(TEL.03-3946-3551)までお願い致します。