

令和元年度 北海道・東北地区 リウマチの治療とケア教育研修会受講申込書

フリガナ	
氏名	
勤務先	勤務先名： ご住所： 〒 電話番号： FAX番号： E-mail：
科名、部署名	
受講票送付先	※受講票を上記勤務先以外（ご自宅等）に送付希望の方のみこちらにご記入ください 〒
該当する□に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 日本リウマチ財団登録医（登録医番号： ） <input type="checkbox"/> 一般医 <input type="checkbox"/> 臨床研修医・大学院生 <input type="checkbox"/> 日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師（登録番号：TK ） <input type="checkbox"/> 日本リウマチ財団登録薬剤師（登録番号：TY ） <input type="checkbox"/> 日本リウマチ財団登録理学療法士・作業療法士（登録番号：TR/TS ） <input type="checkbox"/> メディカルスタッフ（職種： ）	

本研修会に参加をご希望の方は、必要事項をご記入の上、①e-mail、②FAX、③郵送のいずれかにてお申込みください。申込を受理後、8月初旬より折り返し受講票をお送りいたします。

申込先

①e-mail : info-rheuma@ahn-kc.co.jp（上表の必要事項を本文にご記載ください）

②F A X : 06-6380-0308

③郵 送 : 〒564-0063 大阪府吹田市江坂町2-1-43 KYUHO江坂ビル4F

株式会社 エー・エイチ・エヌ内

「令和元年度 北海道・東北地区 リウマチの治療とケア教育研修会」

運営事務局代行 担当：吉田 宛

※郵送の場合は、返信用封筒(宛先を書き82円切手を貼付のこと)を同封ください。

申込期限：2019年 8月16日(金)

※但し、申込者多数の場合は、定員になり次第締め切りいたします。

※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いたしません。

共催：公益財団法人日本リウマチ財団 / あゆみ製薬株式会社