（別紙２\_①）

**平成２６年度リウマチ・アレルギー相談員養成研修会受講申込書**

**（リウマチの部）**

都道府県・市・区名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 職　種 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　　（　　　歳） |
| 勤務先 | 所在地 | 〒電話：　　　－　　　－　　　　　FAX：　　　－　　　－　　　 |
| 所属 | （課・係まで） |
| 業務内容 |  |
| E-mail |  |
| 受講希望会場 | ※いずれかを〇で囲んでください。東京　 ・ 　札幌　 ・　 大阪　 ・ 　博多 　・ 　名古屋 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 職　種 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　　（　　　歳） |
| 勤務先 | 所在地 | 〒電話：　　　－　　　－　　　　　FAX：　　　－　　　－　　　 |
| 所属 | （課・係まで） |
| 業務内容 |  |
| E-mail |  |
| 受講希望会場 | ※いずれかを〇で囲んでください。東京　 ・ 　札幌　 ・　 大阪　 ・ 　博多 　・ 　名古屋 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 職　種 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　　（　　　歳） |
| 勤務先 | 所在地 | 〒電話：　　　－　　　－　　　　　FAX：　　　－　　　－　　　 |
| 所属 | （課・係まで） |
| 業務内容 |  |
| E-mail |  |
| 受講希望会場 | ※いずれかを〇で囲んでください。東京　 ・ 　札幌　 ・　 大阪　 ・ 　博多 　・ 　名古屋 |

（別紙２\_②）

**平成２６年度リウマチ・アレルギー相談員養成研修会受講申込書**

**（アレルギーの部）**

都道府県・市・区名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 職　種 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　　（　　　歳） |
| 勤務先 | 所在地 | 〒電話：　　　－　　　－　　　　　FAX：　　　－　　　－　　　 |
| 所属 | （課・係まで） |
| 業務内容 |  |
| E-mail |  |
| 受講希望会場 | ※いずれかを〇で囲んでください。東京　 ・ 　札幌　 ・　 大阪　 ・ 　博多 　・ 　名古屋 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 職　種 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　　（　　　歳） |
| 勤務先 | 所在地 | 〒電話：　　　－　　　－　　　　　FAX：　　　－　　　－　　　 |
| 所属 | （課・係まで） |
| 業務内容 |  |
| E-mail |  |
| 受講希望会場 | ※いずれかを〇で囲んでください。東京　 ・ 　札幌　 ・　 大阪　 ・ 　博多 　・ 　名古屋 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 職　種 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　　（　　　歳） |
| 勤務先 | 所在地 | 〒電話：　　　－　　　－　　　　　FAX：　　　－　　　－　　　 |
| 所属 | （課・係まで） |
| 業務内容 |  |
| E-mail |  |
| 受講希望会場 | ※いずれかを〇で囲んでください。東京　 ・ 　札幌　 ・　 大阪　 ・ 　博多 　・ 　名古屋 |