（別紙２）

**平成２８年度リウマチ・アレルギー相談員養成研修会受講申込書**

　　　【アンケート付】

[koueki@jpm1960.org](mailto:koueki@jpm1960.org) に添付メールにて送信、または、Fax:03-5638-2124 へ

**※勤務先名称を必ずご記載ください。**

御所属組織名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | 職　種 | 医師・保健師・看護師・養護教諭  管理栄養士・栄養士・MSW  　保育士・介護士・薬剤師・臨床検査技師・調理師・一般職  その他（　　　　　　　　　） |
| 氏　　　　名 | |  |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　　（　　　歳） | | |
| 勤務先 | 所在地 | 〒  住所  組織名称  電話：　　　－　　　－　　　　　FAX：　　　－　　　－ | | |
| 所属 | （課・係まで） | | |
| 業務内容 |  | | |
| E-mail | **（正確なアルファベットで誤記際ください）** | | |
| 受講希望会場 | | ※いずれかを〇で囲んでください。  東京・札幌・仙台・名古屋・大阪・広島・福岡・鹿児島 | | |
| 備考 | | **※全日程でのご参加を基本とします。特別な事柄がある場合以下にご記載願います。** | | |

1. リウマチ・アレルギー相談員養成研修会に以前に出席したことがありますか？（○印で囲む）
   1. ある　→　何年頃参加されましたか？（　　　年）
   2. ない　→　他の似ている内容の研修会に参加したことが
2. ない　　②　ある…研修会名称記載（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
3. 相談業務等、日頃の保健指導や診療の上で、苦慮されている内容、今回の研修で学びたい内容、その他ご要望がございましたら、具体的にご記入下さい。

3．ご所属の組織において独自に実施している、リウマチ・アレルギー対策事業がございましたら、ご記入ください。また、過去の相談員養成研修会情報のご活用事例等ございましたら、あわせてご記入ください。

☆ご協力ありがとうございました