

# 平成29年度 アレルギー・リウマチ相談員養成研修会受講申込書

[soudan@isaweb.jp](mailto:soudan@isaweb.jp)に添付メールにて送信、または、FAX:03-5817-8589へ

※ 御勤務先名は必ず御記入ください。

ふりがな					
氏名	職種 (○で囲んでください)		医師・保健師・看護師・養護教諭 管理栄養士・栄養士・医療ソーシャルワーカー 保育士・介護士・薬剤師・臨床検査技師 調理師・一般職・その他( )		
年齢	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代以上
勤務先	所在地	〒 -		都・道・府・県	
		市・区・町・村			
	施設名称				
	所属部署 課・係等				
	電話		FAX		
	E-mail				
	業務内容				
受講希望会場	(いずれかを○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	※全日程での参加を基本とします。特別な事情がある場合は、以下に御記入ください。				
(以下のアンケートにお答えください)					
1. アレルギー・リウマチ相談員養成研修会に出席されたことはありますか？( )に○をご記入ください。 ( ) ある ( ) 今回が初めて 他の似ている内容の研修会に参加したことがありましたら、名称を御記入ください。 ( )					
2. 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、その他御要望がございましたら、具体的に御記入ください。					
3. 御所属先の組織において独自に実施している、アレルギー・リウマチ対策事業がございましたら、御記入ください。また、過去の相談員養成研修会情報のご活用事例等がございましたら、合わせて御記入ください。					