

骨粗鬆症 出張講演申込書

Email: t.katogi22@sis.seirei.or.jp (骨粗鬆症リエゾンサービス委員会 加藤木)

聖隷佐倉市民病院 骨粗鬆症リエゾンマネージャー 宛

【申込み代表者】	【連絡先】
※日中連絡がつく連絡先を記入して下さい	
【所属団体】	【連絡先】

●講演希望日時

第一希望	月	日	午前・午後・指定なし
第二希望	月	日	午前・午後・指定なし
第三希望	月	日	午前・午後・指定なし

※演者の勤務日程調整のため、希望日は申込日より2ヶ月以降の日をご指定下さい
講演時間は30分～60分を予定しております

●講演場所

名称：

住所：

●参加予定人数 () 名程度

●講演内容について (該当項目に○印を入れて下さい) 複数選択可

講師の職種希望 看護師 理学療法士 薬剤師 管理栄養士 指定なし
内容 骨粗鬆症予防 転倒予防 地域連携 市民講座
運動療法 生活支援 薬物療法 食事療法 その他

具体的な要望があればご記入下さい。

[_____]

※講演は PowerPoint を使用して行うため、パソコンとプロジェクターをご準備下さい