Ｅmail: [t.katogi22@sis.seirei.or.jp](mailto: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】 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

●講演希望日時

※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