

# Anmeldung

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

*Hiermit melde ich mich zu den „Sendenhorster Kinderrheumatagen“ am 29./30.10.2010 im St. Josef-Stift Sendenhorst an.*

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

## **Folgende Seminare werden angeboten:**

Seminar 1 *Manualtherapeutische Diagnostik*

Seminar 2 *Gelenkinjektionen*

Seminar 3 *Arthrosonografie und Klinik*

Seminar 4 *Differentialdiagnose von Schmerzen der unteren Extremität*

*Es besteht jeweils eine begrenzte Teilnehmerzahl – wir berücksichtigen Ihre Anmeldung nach dem Zeitpunkt des Eingangs.*

## **Senden Sie bitte Ihre Anmeldung an:**

Post:

St. Josef-Stift Sendenhorst

Abteilung für Kinder- und Jugendrheumatologie

Sekretariat Dr. Gerd Ganser

Westtor 7

48324 Sendenhorst

Fax: 02526 300 1565

E-mail: kr@st-josef-stift.de