

公益社団法人 日本小児科医会主催 第6回 乳幼児学校保健研修会 申込書

ふりがな				性別
氏名				男 ・ 女
送付先	御勤務先 ・ 御自宅			
	〒			
	御住所			
ふりがな				
勤務先名				
電話番号				
FAX番号				
E-mail				
日本小児科 医会の会員	はい		いいえ	
	会員番号	A	入会を希望されますか	
		B	はい	いいえ

申し込み締め切りは、平成29年1月22日(日)とさせていただきます。

また会場の収容人数の関係で受講者数が250名に達しましたら、
締め切りさせていただきます。どうぞご了承ください。

申し込みされた方にはJSFIT株式会社(下記)より受講料の振り込み用紙をお送りいたします。
※この申込書にご記入いただいた個人情報については、主催者管理とし第三者に提供いたしません。

◆FAX送付先

JSFIT 株式会社行 03-5200-5816