

㊦ 公益社団法人 日本小児科医会 主催

第8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 ・ B	入会を希望されますか	
			はい	いいえ

申込受付は、平成30年6月23日(土)より開始とさせていただきます。
 申込受付開始日(平成30年6月23日)以前のお申込みは無効となります。
 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、
 締め切らせていただきます。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**