

第6回「子どもの心」研修会（導入編）申込書

◆◆ 2018年7月2日9:00より受付を開始します ◆◆

(注)受付開始日時以前のお申込みは無効とさせていただきますのでご注意ください。

(注)空席がある場合は受付を延長致します。

(注)略字等は使用せず楷書でご記入下さい。

(注)※印の項目は該当する箇所を○で囲んで下さい。 記入日 2018年 月 日

ふりがな		性別※	生年月日		
氏名		男 女	西 曆 (年	月 日 歳)
送 付 先	※	ご勤務先 ・ ご自宅			
	郵便番号	〒			
	ご住所				
ふりがな					
ご勤務先名称	(送付先がご勤務先の方はご記入下さい。)				
電話番号					
F A X 番号					
E-Mail					
卒業年 ※	卒後満 10 年以下		卒後満 11 年以上		(西曆 年 卒業)
専門科 ※	小 児 科 ・ 内 科 ・ そ の 他 ()				
日本小児科医会の会員 ※	はい ・ いいえ				
日本小児科医会入会希望有無 ※	希望する ・ 希望しない ※当日会場にて入会書類をご用意致します。				

※託児室ご利用の可否については後日、日本小児科医会事務局よりご連絡致します。受講受付受領のご連絡とは別になりますので、ご注意ください。尚、9月末時点で会員又は入会手続きを完了されている方が対象です。

託児室（会員専用）の利用希望 託児室をご利用の際は利用希望に☑を付け、 お子様の人数をお知らせ下さい。	<input type="checkbox"/> 託児室利用を希望する（お子様の人数_____名）
---	---

上記のとおり申し込みます。

(株)MA コンベンションコンサルティング行

F A X : (03) 5275-1192 M a i l : jpa-uketsuke@macc.jp