公益社団法人　日本小児科医会

第 16 回思春期の臨床講習会申込書

（申込期間　2016 年９月５日９：00～同年 10 月 20 日 23：59 迄）

(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〇で囲んで下さい。

記入日	平成 28 年　　月　　日	
会員登録 ※	a）　日本小児科医会会員　・　会員以外の医師又は会員の推薦を受けた臨床心理士 b）医師資格　有　・　無 ・医師資格「無」の方→　推薦人（医会員氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ b）日本小児科医会への入会を　希望する　・　希望しない	
都道府県 小児科医会	都道府県　小児科医会	注）都道府県小児科医会にご所属でない先生は「日本」とご記入下さい。
会員番号	（会員の方のみご記入下さい。）	
相談医番号	（ご登録頂いている方のみご記入下さい。）	
ふりがな		
氏　名		
送付先 ※	ご勤務先　・　ご自宅	
送付先 郵便番号	〒	
送付先 ご住所		
ふりがな		
ご勤務先名称	（送付先が勤務先の場合はご記入下さい）	
電話番号		
ＦＡＸ番号		
E-Mail		

上記のとおり申し込みます。

㈱MA コンベンションコンサルティング行
ＦＡＸ（03）5275-1192
Ｍａｉｌ　jpa-uketsuke@macc.jp