公益社団法人　日本小児科医会

第 17 回思春期の臨床講習会申込書

（申込期間　2017 年 9 月 1 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 29 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	
生年月日	西暦　　年　　月　　日	
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		
※	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		
託児室(会員専用)の利用希望 (定員 13 名先着順、10/20 締切)　※	有　・　無	※「有」の方には後日日本小児科医会事務局よりご連絡申し上げます。 ※10 月末時点で会員又は入会手続を完了されている方が対象です。

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