

**第 20 回「子どもの心」研修会申込書(FAX 用)**  
**◆◆ 1 月 22 日 9:00 より受付を開始します ◆◆**

記入日 平成 年 月 日

(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選択肢を○で囲んで下さい。

受講希望 ※	1. 前期のみ 2018 年 5 月 19 日・20 日 2. 後期のみ 2018 年 7 月 15 日・16 日 3. 前・後期の両方		
会員登録 ※  (推薦人)	1. 「子どもの心」相談医 2. 日本小児科医会会員(相談医以外の会員) 3. 会員以外の医師 4. 会員の推薦を受けた臨床心理士 ※4 番を選択された方はご記入下さい。 医会員氏名 _____		
医会への入会 ※	1. 希望する 2. 希望しない 3. 会員登録済み		
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	(会員の方のみ封筒の宛名シールの番号をご記入ください。)		
相談医番号	(ご登録を頂いている方のみご記入ください。)		
ふりがな		性別※	生年月日
氏名		男 女	西暦 年 月 日
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	(送付先が勤務先の方はご記入下さい。)		
電話番号			
FAX 番号			
E-mail			
日本小児科学会 専門医資格 ※	1. 専門医である      2. 専門医ではない		

※託児室受付のご連絡は研修会受付とは別に、後日日本小児科医会事務局より致します。研修会受付とは別になりますのでご注意ください。

託児室(会員専用)の利用希望※ 利用有無と、「有」の方は託児人数をお知らせ下さい。	有	5/19	5/20	7/15	7/16
	無	( )名	( )名	( )名	( )名

上記のとおり申込ます。

(株)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