

公益社団法人 日本小児科医会
第 18 回 思春期の臨床講習会 申込書
 ◆◆◆ 2018 年 9 月 3 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

会員登録 ※	1. 日本小児科医会会員 2. 会員以外の医師 3. 会員の推薦を受けた臨床心理士 ※医会員(推薦人)氏名 _____		
医会への入会 (医師資格有無) <small>※上記で2,3を選択された方は必ずご記入下さい。</small>	1. 希望する (医師資格 有 ・ 無) 2. 希望しない		
生年月日	西暦	年	月 日
都道府県 小児科医会	都 府	道 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	〒	
	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、10 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
 FAX(03)5275-1192 Mail jpa-uketsuke@macc.jp