

第 18 回「子どもの心」研修会申込書(FAX 用)

(申込期間 1 月 25 日～3 月 24 日迄)

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 平成 28 年 5 月 7 日・8 日 2. 後期のみ 平成 28 年 7 月 17 日・18 日 3. 前・後期の両方		
会員登録 ※	1. 日本小児科医会会員 2. 会員以外の医師又は会員の推薦を受けた臨床心理士 2(会員以外)を選択された方は以下a)、b)についてもご通知下さい。		
※	a) 医師資格	有 ・ 無	
※	b) 医師資格「有」の方	医会へ入会を	希望する ・ 希望しない
	医師資格「無」の方	推薦人	医会員氏名 _____
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			
氏名			
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	

上記のとおり申します。

(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