

## 第9回 地域総合小児医療指導者研修会 FAX専用 申込書

ふりがな		受講方法
氏名		現地会場
ご連絡先	ご住所	ご自宅・ご勤務先（ 〒
	電話番号	
	E-mail	

### 会員番号

※7桁の数字（封筒宛名ラベル 氏名の下に数字です）

- ・申込受付は、2022年10月1日（土）9：00～11月15日（火）17：00です。
  - ・お申しいただいた方には「DS研修会事務局」（下記）より受講料の振込用紙を送付いたします。
  - ・受講料は研修会の1週間前までにお支払いください。研修会当日の会場でのお支払いは受け付けておりません。
  - ・ご入金を確認できない場合、お申込みが無効となることがあります。
- ※この申込書にご記入いただいた個人情報につきましては、主催者管理とし第三者には提供いたしません。

### ◆ F A X 送付先

日本小児科医会  
DS研修会事務局 行

**: 0 3 - 5 3 5 0 - 9 1 8 3**