

第10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 氏名の下の数字です)	

- ・申込受付は、2023年9月5日（火）9：00～10月5日（木）17：00です。
- ・お申し込んだ方には「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。
- ・ご入金が確認できない場合、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