

第12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、2025年10月3日（金）9：00～10月24日（金）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。

※FAXでのお申し込みには受講料の他に事務手数料200円がかかります。

※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