

第15回 乳幼児学校保健研修会 FAX専用 申込書

ふりがな			受講方法
氏 名			現地会場 ・ ライブ配信
ご 連 絡 先	ご住所	ご自宅 ・ ご勤務先 () 〒	
	電話番号		
	E-mail		

日 本 小 児 科 医 会 の 会 員 ・ 非 会 員			
会 員 の 方		非 会 員 の 方	
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）	入会案内の送付を（上記ご連絡先へ）希望	
		はい	いいえ

- ・申込受付は、2024年8月10日（土）～ 9月3日（火）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