

第16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		

日本小児科医会入会状況 ※どちらかに○をお願いします

会員番号	会員※	非会員※				
	0 (ゼロから始まる7桁の数字)		医師※		非医師※	
			入会希望		入会希望 (賛助会員)	
			有	無	有	無

非医師の方は下記のいずれかの職種に○を付けるか、その他にご記入ください。

医学生 ・ 保健師 ・ 保育士 ・ 行政関係者 (保健師を除く) ・ その他 ()

・申込受付は、2025年8月5日(火)～9月5日(金) 17:00です。

・お申込みいただいた方には「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。

◆ FAX送付先

日本小児科医会
DS研修会事務局 行

: 03 - 5350 - 9183