

第 21 回「子どもの心」研修会申込書(FAX 用)
◆◆ 1 月 21 日 9:00 より受付を開始します ◆◆

記入日 平成 年 月 日

(注)略字等は使用せず楷書でご記入下さい。
 (注)※印の項目は該当する選択肢を○で囲んで下さい。

受講希望 ※	1. 前期のみ 2019 年 5 月 18 日・19 日 2. 後期のみ 2019 年 7 月 14 日・15 日 3. 前・後期の両方		
会員登録 ※ (推薦人)	1. 「子どもの心」相談医 2. 日本小児科医会会員(相談医以外の会員) 3. 会員以外の医師 4. 会員の推薦を受けた臨床心理士 ※4 番を選択された方はご記入下さい。 医会員氏名 _____		
医会への入会 ※	1. 希望する (医師資格 有 ・ 無) 2. 希望しない 3. 会員登録済み		
都道府県 小児科医会	都道 府県	小児科医会	注)都道府県小児科医会にご所属でない 先生は「日本」とご記入下さい。
会員番号	(会員の方のみ封筒の宛名シールの番号をご記入ください。)		
相談医番号	(ご登録を頂いている方のみご記入ください。)		
ふりがな		性別※	生年月日
氏名		男 女	西暦 年 月 日
送付先	※	ご勤務先 ・ ご自宅	
	郵便番号	〒	
	ご住所		
ふりがな			
ご勤務先名称	(送付先が勤務先の方はご記入下さい。)		
電話番号			
FAX 番号			
E-mail			
日本小児科学会 専門医資格 ※	1. 専門医である 2. 専門医ではない		

※以下、託児室をご利用の方のみご記入下さい。尚、託児室受付のご連絡は研修会受付とは別に後日日本小児科医会事務局より致します。
 研修会受付とは別になりますのでご注意下さい。

託児室(会員専用)利用をご希望の方のみ 託児人数をご記入下さい。	5/18 託児利用者	5/19 託児利用者	7/14 託児利用者	7/15 託児利用者
	()名	()名	()名	()名

上記のとおり申込ます。

(株)MA コンベンションコンサルティング行 FAX(03)5275-1192
 Mail jpa-uketsuke@macc.jp