



公益社団法人 日本小児科医会 主催

# 第5回 小児救急研修会 申込書

ふりがな			性別
氏名			男・女
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	※4～5桁の数字（封筒宛名ラベル 氏名の下に数字です）	入会案内の送付を（上記ご連絡先へ）希望	
		はい	いいえ

- ・申込受付期限は、2019年9月13日（金）までです。
- ・会場の収容人数の関係で受講者数が150名に達しましたら、締め切らせていただきます。ご了承ください。
- ・お申しいただいた方には「ジェイエスフィット株式会社」（下記）より受講料の振込用紙を送付いたします。
- ・研修会の1週間前までにご入金を確認できない場合、無効となることがあります。
- ・受講料は研修会当日、会場でのお支払いは受け付けておりません。

※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

ジェイエスフィット（株）行            :    **03-5200-5816**