

実習 No.3-7-31

## F A X送信表

03-6435-9331

## カウンセリング実習（岡山）

## 実習申込用紙

(公社) 日本小児科医会事務局 御中

2026年2月8日（日）開催の実習に参加します

申込日 西暦 年 月 日

\*印の項目は必ずご記入下さい。

*フリガナ			
*ご芳名			
*M A I L 又は携帯電話	※緊急連絡先として必ずご記入下さい。		
電話			
F A X			
書類送付先	*送付先	(注) どちらか片方に□をお付け下さい。 <input type="checkbox"/> 刊行物送付先と同様 <input type="checkbox"/> 以下の住所	
	住所	(注) 送付先で以下の住所を選択された方のみご記入下さい。 〒 (建物名； )	
*連絡先情報の利用について	※本実習に関する緊急のご連絡を世話人岡田 あゆみより直接差し上げる場合がございます。「了承する」に□をお付け下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> 了承する		
相談医番号			
*会員番号			

申込期限は2025年12月26日（金）迄です。

※※ 2025年11月20日までは相談医の先生を優先的に受付致します ※※