

実習 No.3-11-32

## F A X送信表

03-6435-9331

カウンセリング実習（広島）  
実習申込用紙

（公社）日本小児科医会事務局 御中

2025年2月23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須藤 章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 type="checkbox"/> 了承する
相談医番号	
*会員番号	

申込期限は 2024 年 12 月 20 日（金）迄です。

※※ 2024 年 10 月 16 日までは相談医の先生を優先的に受付致します ※※