

実習 No.3-11-19

F A X送信表

03-6435-9331

カウンセリング実習（金沢）

実習申込用紙

（公社）日本小児科医会事務局 御中

2024 年 10 月 27 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。 ☐ 刊行物送付先と同様 ☐ 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藤澤 裕子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。 ☐ 了承する	
相談医番号			
*会員番号			

申込期限は 2024 年 8 月 30 日（金）迄です。

※※ 2024 年 6 月 25 日までは相談医の先生を優先的に受付致します ※※