登録番号；T3011105004840

実習 No.3-11-1

ＦＡＸ送信表

03-6435-9331

カウンセリング実習（札幌）
実習申込用紙

（公社）日本小児科医会事務局　御中

2025 年 8 月 31 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		
*ＭＡＩＬ 又は携帯電話		※緊急連絡先として必ずご記入下さい。
電話		
ＦＡＸ		
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；　　）
*送迎車の 利用について		（注）新札幌駅から会場までの送迎車をご用意します。どちらか片方に☑をお付け下さい。 **□希望する　　□希望しない**
*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。 **□了承する**
相談医番号		
*会員番号		

申込期限は 2025 年 7 月 15 日（火）迄です。

※※　2025 年 6 月 10 日までは相談医の先生を優先的に受付致します　※※