

## FAX送信表

03-5308-7130

カウンセリング実習(東京)  
実習申込用紙

(公社)日本小児科医会事務局 御中

2020年1月19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	
*電話	
FAX	
MAIL	
*送付先	(注)どちらか片方に <input checked="" type="checkbox"/> 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
書類送付先 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;    )
相談医番号	
*会員番号	

申込期限は 2019 年 11 月 29 日(金)迄です。

※※ 2019年11月15日までは相談医の先生を優先的に受付致します ※※