

公益社団法人 日本小児科医会 第 24 回思春期の臨床講習会申込書
(2025 年 9 月 1 日 10:00 より受付を開始します)

(注)受付開始日時以前のお申込みは無効とさせていただきますのでご注意ください。

(注)略字等は使用せず楷書でご記入下さい。

記入日 2024 年 月 日

(注)「必須」項目は必ずご記入下さい。

受講方法 必須 ※☑を入れて下さい。	1. 現地受講 ・ 2. WEB 受講	
会員登録 必須 ※☑を入れて下さい。	1. 日本小児科医会会員 2. 会員以外の医師 3. 会員の推薦を受けた臨床心理士 ※医会員(推薦人)氏名	
医会への 入会 必須 ※☑を入れて下さい。	1. 希望する (医師資格※ 有 ・ 無) 2. 希望しない 3. 会員登録済み	
生年月日 必須	西暦 年 月 日	
都道府県 小児科医会	都 道 府 県 小児科医会	注)都道府県小児科医会にご所属で ない先生は「日本」とご記入下さい。
会員番号	(日本小児科医会会員の方のみご記入下さい。)	
相談医番号	(ご登録頂いている方のみご記入下さい。)	
ふりがな 必須		性別 必須 ※☑を入れて下さい。
氏 名 必須		男 ・ 女
送 付 先 必須 ※☑を入れて 下さい。	☐ ご勤務先 ☐ ご自宅	
	郵便 番号	〒
	ご住所	
ふりがな		
ご勤務先名称	(送付先が勤務先の場合はご記入下さい)	
電話番号 必須		
FAX番号		
緊急 必須 連絡先 ※どちらか 必ずご記 入下さい。	E-Mail	※緊急のご連絡に使用します。ご登録頂けない場合はご案内出来かねます。必ずご記入下さい。 (WEB 参加の方は必ずご記入下さい。)
	携帯 番号	(現地参加の mail 未登録の方は必ずご記入下さい。)
右記の点ご了承 下さい。 必須 ※☑を入れて下さい。	☐ 講演内容の録画・録音禁止の旨同意します。	

申込先;株MA コンベンションコンサルティング行
FAX(03)5275-1192 Mail jpa-uketsuke@macc.jp