

実習 No.3-7-29

F A X送信表

03-6435-9331

カウンセリング実習（神戸）

実習申込用紙

（公社）日本小児科医会事務局 御中

2024年5月26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	
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 ;)
相談医番号	
*会員番号	

申込期限は 2024 年 4 月 30 日（火）迄です。

※※ 2024年3月29日までは相談医の先生を優先的に受付致します ※※