

第 22 回「子どもの心」研修会申込書(FAX 用)

※「子どもの心」相談医の先生は先行受付を致します。開始日以前のお申込は無効となります。ご注意ください。

・子どもの心相談医	2020 年 1 月 20 日(月)9:00 より先行受付を開始致します。
・相談医以外の先生	2020 年 2 月 10 日(月)9:00 より受付を開始致します。

(注)FAX でのお申込は代理登録手数料として受講料とは別に 200 円を頂きます。

(注)略字等は使用せず楷書でご記入下さい。

(注)※印の項目は該当する選択肢を○で囲んで下さい。 記入日 西暦 年 月 日

受講希望 ※	1. 前期のみ 2020 年 4 月 25 日・26 日【延期開催】10 月 10 日・11 日 2. 後期のみ 2020 年 7 月 11 日・12 日【延期開催】2021 年 2 月 20 日・21 日 3. 前・後期の両方		
受講方法 ※	【前期】 1. 現地受講 · 2. WEB 受講 · 3. 受講希望なし 【後期】 1. 現地受講 · 2. WEB 受講 · 3. 受講希望なし		
会員登録 ※ (推薦人)	1. 「子どもの心」相談医 2. 日本小児科医会会員(相談医以外の会員) 3. 会員以外の医師 4. 会員の推薦を受けた臨床心理士 ※4 番を選択された方はご記入下さい。 医会員氏名 _____		
医会への入会 ※	1. 希望する (医師資格 有 ・ 無) 2. 希望しない 3. 会員登録済み		
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	(会員の方のみ封筒の宛名シールの番号をご記入ください。)		
相談医番号	(ご登録を頂いている方のみご記入ください。)		
ふりがな		性別※	生年月日
氏名		男・女	西暦 年 月 日
送付先	※	ご勤務先 ・ ご自宅	
	郵便番号	〒	
	ご住所		
ふりがな			
ご勤務先名称	※送付先が勤務先の方はご記入下さい。		
電話番号			
FAX 番号			
緊急連絡先	E-mail	※緊急連絡に使用します。ご登録を頂けない場合はご案内出来かねます。必ずご記入下さい。	
	携帯電話	※メール登録をされない先生は携帯番号に緊急のご連絡を致しますのでご記入下さい。	
日本小児科学会 専門医資格 ※	1. 専門医である 2. 専門医ではない		
右記 2 点についてご了承下さい。 ※☑を入れて下さい。	<input type="checkbox"/> 講演内容の録画・録音禁止の旨同意します。 <input type="checkbox"/> 現地/WEB 各受講形態における取得単位・受講料を確認致しました		