

FAX: 06-6995-2669

第 42 回近畿児童青年精神保健懇話会 **参加申込書**

日時：H21 年 8 月 29 日（土）午後 2 時より 場所：関西医科大学附属病院本館 6 F 臨床講堂

この申込書へご記入の上、ファックスでお送り下さい。 お早めに参加費をご入金ください。

医師：3000 円、医師以外（研修医・大学院生・学生を含む）2000 円

平成 年 月 日

フリガナ 氏名	
	今後メールでの案内にさせていただきます。アドレスを下欄にご記入下さい
所属	
職種・役職	
勤務先住所	〒
自宅住所	〒
電話番号 E-mail アドレス	勤務先 ・ 自宅 ・ 携帯 () —
懇親会	参加 ・ 不参加
コメント	

*メールアドレスをお持ちの方は、アドレスのご記入をお願いします。