

FAX: 06-6995-2669

第 45 回近畿児童青年精神保健懇話会 **参加申込書**

日時：H23 年 2 月 26 日(土)午後 2 時より場所：関西医科大学附属滝井病院 本館 6 階臨床講堂

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、医師以外で事前振込は（研修医・大学院生・学生を含む）1500 円、当日は 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	勤務先	・	自宅	・	携帯
E-mail アドレス	( )		-		
懇親会	参加		・	不参加	

\* 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。