

FAX: 06-6995-2669

第 47 回近畿児童青年精神保健懇話会 **参加申込書**

日時：H24 年 3 月 3 日(土)午後 2 時 00 分より場所：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 E-mail アドレス | 勤務先 ・ 自宅 ・ 携帯 () - |
| 備考 | |

* 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。