

FAX: 06-6995-2669

第 48 回近畿児童青年精神保健懇話会 **参加申込書**

日時：H24年8月25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1500円、当日は2000円

学生(院生)・研修医：無料

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	()		—		
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。