

FAX: 06-6995-2669

第 49 回近畿児童青年精神保健懇話会 **参加申込書**

日時：H25 年 3 月 9 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 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。