

FAX: 06-6995-2669

第 53 回近畿児童青年精神保健懇話会 **参加申込書**

日時：H27年8月22日(土)午後2時00分より 場所：関西医科大学附属滝井病院 南館2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：事前振込みは2500円、当日は3000円 研修医：事前振込みは1500円、当日は2000円

医師以外で事前振込は1500円、当日は2000円

学生(院生)：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。