

FAX: 0744-22-3854

第 56 回近畿児童青年精神保健懇話会 参加申込書

日時：平成 30 年 8 月 18 日(土) 午後 1 時 30 分より 場所：大阪市立総合医療センター さくらホール  
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	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">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</span>
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。