

FAX: 0744-22-3854

第 57 回近畿児童青年精神保健懇話会 参加申込書

日時：令和元年 8 月 10 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

令和 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。