

FAX: 072-367-6950

第 59 回近畿児童青年精神保健懇話会 **参加申込書**

日時：令和 4 年 8 月 20 日(土) 午後 2 時 00 分より 場所：関西医科大学 枚方学舎 1 階 第 1 講義室

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	<div 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</div>
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。