

平成 21 年度 第 3 回 「子どもの心の診療医」研修会申込書

ふりがな		性別	生年月日
氏名			昭和 年 月 日 (歳)
勤務先 (所属先)	ふりがな		
	名称		
	部科名	職位	
	ふりがな		
	住所	〒	
	電話番号		
	F A X		
E - mail			
勤務先以外の連絡先 (緊急連絡用として ご本人の携帯電話)	電話番号()		
	メールアドレス()		
専門科*	・小児科 ・精神科 ・その他()		
日本小児科医会の「子どもの心の相談医」*	・はい ・いいえ		

(注) *印の項目は該当する箇所を で囲んで下さい。

上記のとおり申込みします。

平成 年 月 日

社会福祉法人恩賜財団母子愛育会
総合母子保健センター研修部事務局