

都立小児総合医療センター 子ども・家族支援部門 行 FAX 042-312-8147

小児精神科治療連絡
会の出欠表とは異な
りますのでご注意を
お願いします

都立小児総合医療センター 児童・思春期精神科 医師、医療関係者向け児童青年期臨床精神医療講座受講申込書 兼受付確認書

名前	フリガナ	
所属勤務先	名称	職種
	住所 (〒)	
連絡先	電話番号: 返信用FAX番号:	
事務局 記入欄	Fax受け日時 月 日 : 受付番号 番	
	<ul style="list-style-type: none">・ 受講受付ました・ キャンセル待ちとなります(空席があり次第再度ご連絡いたします)・ 応募多数のため次回にお申し込みください。	

受講が確定した方は当日このFAXをご持参ください。
一回のお申込で全8回の受講が可能です。各回毎のお申込は不要です。