

送付状をつけずこのまま送信してください。

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 電子メール sn_iryoudenkei@tmhp.jp

東京都子供の心診療支援拠点病院事業

児童青年期臨床精神医療講座 受講申込書兼受付確認書

申込講座 受講希望の番号に をつけてください	入門基礎コース	集中型 10/4(日)開催:	発達障害の基礎	地域での支援に活かす・発達障害の療育	子どもの精神疾患
ふりがな				職種	
漢字氏名					
所属勤務先	ふりがな				
	名称				
	住所	〒()			
連絡先	電話番号				
	返信用FAX番号又は メールアドレス				今後のご案内を郵送ではなく、 メールで良い場合に
	メールアドレスは、間違えやすい文字に十分注意してご記入ください。(アンダーバーとハイフン、数字の0とローマ字のオー、エルと数字の1 などを明確に区別ください。)				
事務局記入欄	受付日時		受付番号		
	・受講を受付しました ・キャンセル待ちとなります(空席があり次第、ご連絡いたします) ・応募多数のため次回にお申込みください				

受講が確定した方は当日この確認書をご持参ください