

**平成29年度 精神科七者懇談会 「臨床研修指導医講習会」  
受 講 申 込 書**

○ お申込み希望日に☑して下さい。

<第1～2回申込先>

精神科七者懇談会 臨床研修指導医講習会実行委員会 事務局（城西病院） 行

ファクシミリ番号：0263-33-9920

第1回（東京）平成30年1月20日（土）～21日（日）【提出期日：平成29年12月20日】

第2回（福岡）平成30年3月10日（土）～11日（日）【提出期日：平成30年2月9日】

<第3回申込先>

精神科七者懇談会 臨床研修指導医講習会実行委員会 事務局（さわ病院） 行

ファクシミリ番号：06-6865-1289

第3回（大坂）平成30年3月24日（土）～25日（日）【提出期日：平成30年2月9日】

※ 全ての項目につき正確かつもれなく記入して下さい。

※ 修了証書は、ご記入頂いたお名前で作成されますので、正確にご記入下さい。

氏 名	生年月日	臨床経験
(フリガナ)  男・女	T・S 年 月 日 ( 才)	年
医師免許取得年月日	昭和・平成 年 月 日	
精神保健指定医取得年月日	昭和・平成 年 月 日	
所属施設名：		
役 職 名：		
所属施設住所：〒		
(TEL)	(FAX)	
(Eメール)		

※ 用紙が不足の場合はコピーしてご利用下さい。

※ 本個人情報情報は講習会の事務手続き以外には使用致しません。