

<申込書送付先>

公益社団法人 日本精神科病院協会 宛

ファクシミリ：03-5232-3315

精神科医のための身体合併症講習会アドバンストコース申込用紙

申込日	年	月	日
フリガナ 申込氏名 (役職)	1. ()		
	2 ()		
	3 ()		
	4. ()		
病院名 (会員番号)	()		
住 所	〒 — 都・道・府・県		
	ご担当者：		
	電話番号		FAX
	Eメールアドレス：		
	医療用ハンマー（打診器）について何かありましたらこちらへご記入ください。		
備 考			

《個人情報の取り扱いについて》

申込書により取得しました個人情報は、事業の運営上必要な事務連絡や円滑な運営管理・統計分析のみに利用します。

なお、上記業務の一部を第三者機関に委託する場合がありますが、利用目的の範囲を超えて利用することがないように、管理・保護を徹底します。

ご不明な点は、事務局までお問合せください。