

別紙様式 (A)

更新受講者用

平成 年 月 日

(精神保健指定医研修実施機関)

公益社団法人 日本精神科病院協会 会長 山崎 學 殿

平成 29 年度 精神保健指定医研修会受講申込書

1. 受講希望会場

希望会場 (1 つ) に☑をつけてください。

第 127 回 (平成 29 年 7 月 26 日) 第 128 回 (平成 29 年 10 月 25 日)

第 129 回 (平成 29 年 11 月 29 日) 第 130 回 (平成 30 年 2 月 1 日)

(ふりがな)

2. 受講者氏名 _____ ㊦ 男 ・ 女

(注) 氏名は正確に楷書で記入してください

生年月日 T・S _____年____月____日

3. 精神保健指定医の証の証番号及び有効期限

第 _____ 号 有効期限 平成 _____年____月____日

(注) 証番号と有効期限は、現在お持ちの指定医証に記載されています。

4. 自宅住所

(注) 現住所をご記入ください。提出後に変更が生じた場合は、速やかに新住所をお知らせ下さい
また、FAX 番号は、必ず、勤務先・自宅のどちらか ご記入ください

〒 _____

自宅 TEL _____ 自宅 FAX _____

メールアドレス (任意) _____

5. 勤務先名 _____

6. 勤務先住所

〒 _____

勤務先 TEL _____ 勤務先 FAX _____

7. 該当される方は、必ず☑印をつけてください。(当日では対応できない場合がございます)

車椅子で出席

付き添い有り

※提出は原本とし、コピーを控として保管してください。

※申込時には、本申込書以外の書類 (申請書・写真等) は不要です。

※本申込書に記載いただいた個人情報については、本研修会の運営のためにのみ利用します。