

FAX 送信先:03-5232-3315 申込締切:令和元年 10 月 31 日(木)

公益社団法人 日本精神科病院協会 担当 行

## 令和元年度「認知症に関する研修会(第 26 回)」申込書

日精協会員番号(4ケタ) — ※会員病院に所属の方はご記入下さい。		日本精神科医学会準会員の会員番号 NO. ※日精協会員病院ご勤務の先生は正会員となりますのでご記入は不要です。未加入の場合も空欄で結構です。		
所属先医療機関	医療機関名			
	住 所 〒 — ※日精協会員番号ご記載の場合、所属先医療機関住所は不要です。			
連絡先	TEL		FAX	
受講希望者 フリ ガナ 氏 名	フリガナ			
生年月日	西暦	年	月	日
専門領域	1. 精神科 ( 指定医 有 ・ 無 ) 2. 内 科 3. その他 ( )			
備 考 欄				

- 名簿ならびに修了証を作成いたしますので、楷書体でご記入をお願い致します。
- 受講申込をキャンセルされる場合は、(公社)日本精神科病院協会 事務局まで、必ずご連絡をお願いします。(TEL:03-5232-3311 FAX:03-5232-3315)