

＜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 第2回 アドバンスコース  
～精神科医のための神経所見のとり方講座 アップグレードコース～ 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：
備 考	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。

《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。