

岩手県産婦人科医会 行 (FAX: 019-654-3589)

第3回母と子のメンタルヘルスフォーラム 参加申込用紙

日 時：平成29年7月23日(日) 10:00~16:40
会 場：ホテルメトロポリタン盛岡ニューウイング 4階 メトロホール

申込締切日：平成29年5月31日(水) ※枚数が足りないときはコピーして申し込み願います

所属団体名 勤務先名	
連絡先住所 ※参加証送付先	〒 —
参 加 者 ※職種、懇親会は 何れかに☑を して下さい	氏名： _____ 懇親会： <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加 職種： <input type="checkbox"/> 医師(科) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他()
	氏名： _____ 懇親会： <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加 職種： <input type="checkbox"/> 医師(科) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他()
	氏名： _____ 懇親会： <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加 職種： <input type="checkbox"/> 医師(科) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他()
	氏名： _____ 懇親会： <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加 職種： <input type="checkbox"/> 医師(科) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他()
	氏名： _____ 懇親会： <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加 職種： <input type="checkbox"/> 医師(科) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他()

1. 参加手続：必要事項をご記入のうえ、本用紙を送信して下さい。
2. 参加費：**医師のみ¥5,000**です。6月30日までに下記口座に振り込み願います。
(岩手県医師信用組合 本店 普通預金 No.8015685 岩手県産婦人科医会)
3. 参加証：申込受付後、大会2週間前までに郵送します。当日は受付に提示して下さい。
4. 個人情報：申し込み手配等の手続きに必要な範囲のみの利用に限定します。

