

申込要領

【申込期間】 平成20年6月16日開始～10月16日（開催日間際のお申し込みの場合はお電話下さい。）
（定員になり次第締め切ります。）

【申込方法】

参加申込書に必要事項をご記入の上、ご郵送いただくか、お電話・FAXでもお受けいたします。
受付次第、受講証をお送りします。

【申込取消】

- *ご都合で参加出来なくなった場合には必ず取消のご連絡をお願いします。
- *但し、ご入金済みのご参加費は、ご返金出来ませんのでご了承下さい。

【支払方法】 下記の方法で10月10日（金）までにお支払い下さい。

1 郵便振替

【振替番号】 00160-5-13155 【口座名】 株式会社チーム医療

2 銀行振込

- 三菱東京UFJ銀行／大塚支店（店番171）／普通預金
【口座番号】 0707960 【口座名】 株式会社チーム医療
- イーバンク銀行／ダンス支店（店番208）
【口座番号】 7025538 【口座名】 株式会社チーム医療
- ジャパンネット銀行／本店営業部（店番001）／普通預金
【口座番号】 7099484 【口座名】 株式会社チーム医療

3 現金書留

下記の講習会事務局まで参加申込書を同封の上お送り下さい。

《お申込み先および
事務的内容についての
お問合せ先》

「第27回日本心療内科学会学術講習会」事務局
〒170-0005東京都豊島区南大塚2-42-1 折原ビル（株チーム医療内）
TEL：03-3945-0771（代） FAX：03-3945-0355
※事務局業務時間（月曜～金曜）午前9時半～午後5時半

----- キリトリ線（FAXでお申し込みの方は切り取らずにそのまま送信して下さい） -----

第27回 日本心療内科学会学術講習会（平成20年10月18日 大阪） 「心療内科の基礎と応用」参加申込書

フリガナ	受講証等送付先 [自宅 勤務先] (○をつけて下さい)	
氏名		
1. 勤務先・所属		
2. 勤務先住所	〒	TEL ()
3. 自宅住所	〒	TEL ()
4. 職種(専門分野)		
◆○をつけてください	SN11	
1. () 登録医 【8,000円】	2. () 医療心理士 【8,000円】	3. () 会員 【10,000円】
		4. () 一般 【12,000円】

※ 2名以上でご参加の方は、この申込書をコピーしてお使い下さい。

■ ご記入いただいた個人情報、個人情報保護法の規定に従って管理と保護を徹底し、講習会の運営や関連情報の提供を実施するために利用させていただきます。

■ 今後、事務局のチーム医療から関連セミナー・商品のご案内を申し上げます。
不要の方は右括弧に×をご記入下さい。 【 】