

送信先: 東精診事務局 FAX:03-6382-5956

回答欄

●ご氏名 \_\_\_\_\_ 所属先 \_\_\_\_\_ 区分: 東精診会員 非会員

日精診療会員 地区名( 神奈川、 千葉、 埼玉、 茨城、 群馬、 栃木、 その他 \_\_\_\_\_ )

東京都医師会会員 地区名・診療科( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ) : 精神神経科 その他( \_\_\_\_\_ )

●メールアドレス(必須)楷書でお願いいたします)

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

●取得単位希望 \_\_\_\_\_ 専門医: 有・無 \_\_\_\_\_ 生涯教育: 有・無 \_\_\_\_\_

●下記アンケートにご協力をお願い致します。

1. 認知症・難病の患者を診療して いる ・ いない
2. 「いる」とお答えになった先生は、現在何人くらい診ているか \_\_\_\_\_人
3. 講師への このテーマに関する質問や関心ある内容がございましたら下記にお書き下さい