

送信先： 東京精神神経科診療所協会事務局 FAX:03-6382-5956

回答欄

●ご氏名 所属先

東京精神神経科診療所協会 正会員 賛助会員 診療所のスタッフ

東京都医師会会員 地区名・診療科(/)

●メールアドレス(必須:楷書でお願いいたします)

@

●取得希望単位 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. 漢方処方について

- 10処方以上使用している
- 6～9処方使用している
- 1～5処方使用している
- 全く使用していない

2. 東洋医学的な考えを診療に取り入れて いる・いない

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。

質問:

関心ある内容:

【第三者への提供の同意】

ご記入いただきました個人情報は、講師の先生等から求めがあった場合、提供する事があります。

- 同意する
- 同意しない