

FAXでのお申込みは下記に必要事項をご記入の上、12月2日（金）までに東精診事務局あてにお送り下さい。

送信先：東京精神神経科診療所協会事務局 FAX 03-6382-5956

東京精神神経科診療所協会WEB例会 申込書

2022年12月10日（土）18：40～20：20

●ご氏名

ご所属先

東京精神神経科診療所協会会員 非会員の医師 コメディカル他

日本精神神経科診療所協会会員（地区名 _____） 非会員の医師 コメディカル他

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.現在、先生の診療所には統合失調症患者さんは何パーセント位おられますか？

- 5%未満
 5%以上～10%未満
 10%以上～30%未満
 30%以上

2.統合失調症の地域連携を意識して診療されておられますか？

- はい いいえ

3.今回のテーマに関して質問・関心ある内容がございましたらご記入下さい

質問：

関心ある内容：

【第三者への提供の同意】

ご記入頂きました個人情報、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