

◆お申込み方法

下記申込書に必要事項をご記入の上、**7月2日(火)までに東精診事務局あてにFAX又はメールにてお送りください。**
(東精診 FAX: 03-6382-5956、e-mail: office@tapc.gr.jp)

主 催：一般社団法人東京精神神経科診療所協会 ・ 共 催：公益社団法人日本精神神経科診療所協会
連絡先：東精診事務局 〒164-0001 中野区中野2-22-4-402 TEL:03-6382-5955
FAX:03-6382-5956 e-mail: office@tapc.gr.jp

..... 申 込 書

FAX返送先: 03-6382-5956

●ご氏名 _____ ●ご所属先 _____

●区分: 東京精神神経科診療所協会会員
日本精神神経科診療所協会会員 地区名(_____)

●上記の先生以外で参加される方のお名前と職種をご記入ください

氏 名	職 種 (該当するものに○をお付けください)	医師の方で単位取得の希望がある 場合は○をお付けください
	医師・看護師・コメディカル・その他	専門医
	医師・看護師・コメディカル・その他	専門医
備考		