**第41回ハイリスク児フォローアップ研究会**

**スキルアップセミナー申込用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）参加者名 |  |
| 施設・所属 |  |
| 職種（○で囲んで下さい） | 小児科医（新生児、小児神経、一般小児科、実施開業医）臨床心理士、理学療法士、看護師・助産師、保健師、その他（　　　　　　） |
| 連絡先 | 住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　ファックス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 懇親会（○で囲んで下さい） | 参加します　　　　参加しません |
| 通信欄 |  |

＊メールもしくはＦＡＸにて下記までお申し込み下さい。　**〆切は4月10日**です。

申込・問合せ先：　篁　倫子

E-mail　**takamura.tomoko@ocha.ac.jp**

　　　　　　 FAX　　　**03-5978-5777**