

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。 ⚡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