**第43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、開業）  心理士、理学療法士、看護師、助産師、保健師、保育士  その他（　　 　　　　） |
| 連絡先 | 住所　〒    電話　　　　　　　　　　　　ファックス  電子メール(必須) |
| 懇親会  （○で囲んで下さい） | 参加します　　　　参加しません |
| 通信欄  セミナーの内容について、ご質問・ご要望等がありましたら記載ください | グループ討論希望テーマ (下記から二つ選んでください。)   1. 体格、運動機能、呼吸器機能 2. メタボリック症候群（血圧、DM、腎機能など） 3. 発達障害、精神疾患 4. 学校・社会生活への適応 5. 成人医療へのトランジション 6. その他（記載してください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊**メール**または**FAX**にて下記までお申し込み下さい。　〆切は**4月15日**です。

問合せ先・申込先：河野　由美(自治医科大学小児科学)

E-mail　 ykono@jichi.ac.jp

　　　　　　 FAX 0285－44－6123