

一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会

プライマリ・ケア薬剤師認定制度委員会+生涯学習委員会

「行動変容をもたらす生活習慣指導の実際」

「ストレスチェックとストレス・コントロールの実際」

2016年5月8日(日曜日)東京開催

受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-3409-4075

宛先:プライマリ・ケア認定薬剤師短期集中研修会事務局

申込月日	平成 年 月 日 ()			下記の当てはまる口に✓を入れてください	
会 員 認定取得	日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア認定医 家庭医療専門医 学会指導医		<input type="checkbox"/> 会員(会員番号)	<input type="checkbox"/> 非会員	
			<input type="checkbox"/> 取得済		
			<input type="checkbox"/> 取得済		
			<input type="checkbox"/> 取得済		
フリガナ				2016. 5. 8. (日) 東京	
氏 名				医師・歯科医師専用申込書	
所	施設名称	所属			
	郵便番号	〒 —			
属	住 所				
	電話番号	—	—	FAX 番号	— —
※ 受講案内(振り替用紙)・受講票等を自宅宛に郵送希望の方は、上記の所属欄を記入の上併せて下記欄もご記入ください。					
自 宅	郵便番号	〒 —			
	住 所				
	電話番号	—	—	FAX 番号	— —
通 信 欄					
事 務 局 記 入 欄	受 付	月	日		
	受講案内郵送	月	日		
	受講料納入	月	日		
	受講票送付	月	日		
	キャンセル	月	日		
	(備考)受講料 5,000 円 (一般、学会員とも)				

※ 申込書は必ず1名様ずつ明瞭にご記入をお願いいたします。