

平成 30 年度「子どもの心の診療医」養成研修  
受講申込書【12月16日（日）開催】

※特設 WEB サイトからもお申込みいただけます⇒



※全ての項目にご記入ください。記載項目に未記入・不備があった場合にはお申込みが無効となる場合がございます。送付前に内容を必ずお確かめください。

申込み日：平成 30 年 月 日

フリガナ		年齢（○を付けてください。）
氏名	女・男	① 20代 ② 30代 ③ 40代 ④ 50代 ⑤ 60代以上
資格	医師（科） 日本小児科医会の【「子どもの心」相談医】ですか *どちらかに✓をつけてください ⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ◆研修会修了者には以下の単位が認定されます。 ・日本小児科医会「子どもの心」相談医研修 10 単位/日 ・日本小児科学会専門医制度研修会 iii小児科領域講習単位 1 単位/各講義（申請中）	
PCメールアドレス ※必須 ボールペン等で 濃くはっきりと 御記入ください	携帯メール不可 @ 決定通知（お知らせ）はメールにてお送りいたしますので必ず <b>申込者が受信できるメールアドレス</b> を御記入ください（携帯メール不可）。 ※数字と記号の区別がつきにくい場合には、フリガナを御記入ください（ハイフンとアンダーバー、ゼロとオーなど）。 ※ドメイン指定受信されている方は、<boshi_info@jfpa.or.jp>からのメールを受信できるよう必ず設定をお願いいたします。	
勤務先名		
勤務先住所	〒 都道府県 電話（ ） FAX（ ）	
本研修を受講しようと思ったのはなぜですか？（講義の参考にするため必ず御記入ください。）		

<受講申込書の取り扱いについて>

- 御記入いただいた情報は、運営事務局である本会が責任をもって管理し、研修会の運営を行うために使用します。
- 御記入いただいた情報は、主催者（厚生労働省）のほか、当事業に関して機密保持契約している者（下請業者、技術支援業者、運送業者、金融機関関係など）に限り、開示する場合があります。
- 受講者に合った講義を行っていただくために、講師には受講者名簿を提出する場合があります。
- 上記 2 と 3 を除き、個人情報、本人の承諾なく第三者に提供または開示することはありません。
- 受講者名簿は参加者には公表いたしません。
- 御記入いただいた情報に変更が生じた場合は、なるべくお早目に運営事務局までご連絡をお願いいたします。

HP

【申込み・問合せ先】

運営事務局：（一社）日本家族計画協会 〒162-0843 新宿区市谷田町 1-10 保健会館新館

電話 03-3269-4785（平日 9 時～17 時・祝日除く） FAX 03-3267-2658