

第 10 回 庄内精神科サマーセミナー参加申込書【R6.8.2開催】

氏 名	
フリガナ	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年 齢	才
住 所	〒
電話番号	
アドレス	
所 属	<input type="checkbox"/> 研修医 [病院名 : _____] 初期研修 _____ 年目
	<input type="checkbox"/> 学生 [大学名、学部、学年 : _____]
午前中の 日程について	<input type="checkbox"/> 施設見学を希望する (AM9:30~11:30) ※注2 <input type="checkbox"/> 午前の日程には参加しない
宿 泊	<input type="checkbox"/> 宿泊する (<input type="checkbox"/> 宿泊施設の斡旋を希望する (<input type="checkbox"/> 1泊 <input type="checkbox"/> 2泊) <input type="checkbox"/> 斡旋を希望しない) <input type="checkbox"/> 宿泊しない
備 考	

※申し込み締め切りは 7/25(木)必着です。

※午前中の施設見学参加者の宿泊は 2泊(8/1、8/2宿泊分)まで斡旋できます。

※メールに添付するか、若しくは印刷の上郵送にてお申込みください。メールに添付していただく場合は、当院代表メール ycocoro@pref.yamagata.jp 宛に送信くださるようお願いいたします。

山形県立こころの医療センター

〒997-8510 山形県鶴岡市北茅原町 13-1 ☎0235-64-8100 担当:総務経営課