

回答欄

●ご氏名 _____ 所属先 _____

東京精神神経科診療所協会会員 非会員

日本精神神経科診療所協会会員 地区名(神奈川、千葉、埼玉、茨城、群馬、栃木、その他 _____)

東京都医師会会員 地区名・診療科(_____ / _____): 精神神経科 その他(_____)

●参加方法をお選びください。

会場参加 ・ web視聴参加

●メールアドレス(必須:楷書でお願いいたします)

@

●取得希望単位 専門医: 有 ・ 無 生涯教育: 有 ・ 無

●日本精神神経学会専門医単位ご希望の方は会員証の番号をご記入ください。

会員番号:5桁 _____

●下記アンケートにご協力をお願い致します。

1. 漢方処方について

- 10処方以上使用している
- 6~9処方使用している
- 1~5処方使用している
- 全く使用していない

2. 東洋医学的な考えを診療に取り入れて いる ・ いない

3. 講師へのこのテーマに関する質問や関心ある内容がございましたら
下記にお書き下さい。

質問:

関心ある内容:

【第三者への提供の同意】

ご記入いただきました個人情報、講師の先生等から求めがあった場合、提供する事があります。

- 同意する
- 同意しない