

送信先: 東精診事務局 FAX:03-6382-5956

回答欄

●ご氏名 _____ ご所属先 _____

●区分: ☐ 東精診 会員 ☐ 東精診 賛助会員 ☐ 非会員 _____

●取得単位希望 専門医: 有 ・ 無 生涯教育: 有 ・ 無 _____

●上記の先生以外で参加される方のお名前と職種をご記入ください

氏 名	職 種 (該当するものに○をお付けください)	医師の方で単位取得の希望がある 場合は○をお付けください
	医師 ・ 看護師 ・ コメディカル ・ その他	専門医 ・ 生涯教育
	医師 ・ 看護師 ・ コメディカル ・ その他	専門医 ・ 生涯教育
備考		

●参加方法をお選び下さい。

会場参加

※web 配信はございません

※当日の急な参加も可能ですが、領収書発行の準備及び凡その人数把握の必要がありますのでなるべく事前にご連絡をお願いいたします。