

〈お申し込み URL・二次元コード〉

<https://forms.gle/LBUdmqU6EBxRzCjG7>



主催：一般社団法人東京精神神経科診療所協会

連絡先：東精診事務局 〒164-0001 中野区中野2-22-4-402

TEL:03-6382-5955 FAX:03-6382-5956 e-mail: [office@tapc.gr.jp](mailto:office@tapc.gr.jp)

東精診 講演会・症例検討会 参加申込書(3/14 開催)

送信先： 東精診事務局 FAX:03-6382-5956

回答欄

ご氏名

ご所属名

ご連絡先メールアドレス

区分：  東精診 会員  非会員の医師  看護師  コメディカル  スタッフ

お弁当の希望について： 希望する ・ 希望しない

●上記の先生以外で参加される方のお名前などご記入、該当に○をお付けください

氏名	ご連絡先メールアドレス ※楷書でご記入ください	お弁当の 希望	職種（該当するものに○をお 付けください）
		希望する ・ 希望しない	非会員の医師 ・ 看護師 ・ コメディカル ・ スタッフ
		希望する ・ 希望しない	非会員の医師 ・ 看護師 ・ コメディカル ・ スタッフ

以上