＜送付先＞　kochigillberg@ken.pref.kochi.lg.jp

　　　　　　高知ギルバーグ発達神経精神医学センター

**高知ギルバーグ発達神経精神医学センター定期学習会**

**登録医師　申込用紙**

高知ギルバーグ発達神経精神医学センター所長　様

　私は、高知ギルバーグ発達神経精神医学センターの定期学習会の開催趣旨に賛同し、

定期学習会への参加を希望します。

以下の内容について登録をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏名 |  |
| 専門 |  |
| 勤務先 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 勤務先電話番号 |  |
| 勤務先FAX番号 |  |
| 連絡先メールアドレス（などはふりがなをつけてわかりやすいようにしてください） |  |
| 備考（事務局への連絡事項等） |  |

※申込書は、E-mail（kochigillberg@ken.pref.kochi.lg.jp）で提出してください。

※事務局からの連絡は、原則として登録していただいたアドレスへのメール配信とします。

アドレスを変更される場合はご連絡ください。