

受付期間：令和6年2月15日～4月15日
送信先：三重県小児科医会 事務局 太田 宛
FAX：059-253-8690
E-Mail：mpa-1964@almond.ocn.ne.jp

申込日：令和 年 月 日

“こどもの健康週間無料講師派遣” 申込書

三重県小児科医会
会長 落合 仁 様

申込者 _____

施設名 _____

住 所 〒 _____

担当者名 _____

電話番号 _____ FAX _____

E-mail _____ (メールでのご連絡希望の方はご記入ください)

希望日時	①	②	③
時 間			
場 所			
対 象 者			人 数 名
テ ー マ	1)		
	2)		
	3)		
備考欄			

※講演が決まりましたら事務局よりご連絡いたします。講演日につきましては担当医師よりご連絡申し上げますので日程の調整をお願いいたします。