

受付期間：令和7年2月17日～4月17日

送信先：三重県小児科医会

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。