※必要事項をご記入の上、現地セミナー受付にお持ちください。

**第19回臨床精神神経薬理学セミナー**

**＜現地＞受講申込書**

下記の通り申込みます。

　日 時： 2019年10月12日（土）10：30 ～ 12：10

　受 付： 2019年10月12日（土）10：00 ～（第2会場　4階「411+412」付近）

　会 場： 福岡国際会議場 第2会場 4階「411+412」

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な  ご 芳 名 |  |
|  |
| ご所属先 |  |
| ご所属先　住所 | 〒  TEL （ ） 　 FAX 　 （ ） |
| E-mail（PC） | @ |
| 会員区分  ※〇をお付けください | 1. 会　員（会員番号：　 　 ）※不明の場合は空欄のままで結構です  　A： 臨床精神神経薬理学専門医 B： 専門医以外  2. 非会員（当日会員） |

**＊受講料はセミナー受付でお支払いください。**

**お問合せ先**：日本臨床精神神経薬理学会 専門医制度委員会事務局

　株式会社エー・イー企画　内

〒101-0003

　　東京都千代田区一ツ橋2-4-4 一ツ橋別館4階

TEL 03-6685-8760 / FAX 03-3230-2479

Mail：jscnp-ss@aeplan.co.jp

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込書受付日 | DB入力 | その他 |  |
|  |  |  |  |

【事務局使用欄】

（2019.9.20）