※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16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： 2016年11月16日（水） 15：20～17：20

　受 付： 2016年11月16日（水） 14：30～15：20 （大会議室入口付近）

　会 場：ホルトホール大分　第4会場：3F　大会議室

第26回日本臨床精神神経薬理学会

|  |  |
| --- | --- |
| 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）コンベンションリンケージ内

〒102-0075東京都千代田区三番町2三番町KSビル

TEL：03-3263-8697 ／ FAX：03-3263-8687

Mail：jscnp\_ss@secretariat.ne.jp

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

【事務局使用欄】

（2016.10.1）