第16回日本うつ病学会総会

EGUIDEプロジェクト双極性障害治療ガイドライン講習会

「精神科医のための双極性障害EGUIDE講習会」

参加申込用紙

* **本総会参加者は、当日 本総会参加証をご提示ください。**
* **事前申込の方は、本用紙をご記入の上、PDF化しメール添付でお送り下さい。**

事前申込の方には、本用紙を受領後、事務局より電子メールでご連絡いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | | 年齢： | 性別　※○で囲む  男　・　女 |
| 所属： | | | |
| 医師歴（　　 年）、精神科医歴（　　　年） | | | |
| 所属住所：〒 | | | |
| 電話（所属先）：  携 帯 電 話 ： | ファックス： | | |
| 必ず連絡が付く電子メールアドレス（PC用）： | | | |
| ご質問等記入欄 | | | |

**●お申込・お問合せ先**

EGUIDEプロジェクト双極性障害事務局

第16回日本うつ病学会総会

埼玉医科大学病院神経精神科・心療内科

〒350-0495　埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38

Tel：049-276-1214

Fax：049-276-1622

E-mail：psy\_jimu@satiama-med.ac.jp

E-mail：psychiat@ks.kyorin-u.ac.jp