

【お申し込み方法】

E-mail か FAX で必要事項をご記入の上、お申込み下さい。お申込み多数の場合、会場定員（100名）に達した時点で申し込みを締め切らせて頂きますので、予めご了承ください。

<必要事項>

必須事項：①お名前 ②年齢 ③性別 ④ご住所 ⑤電話番号  
任意：⑥E-mail アドレス ⑦FAX 番号 ⑧ご所属・役職

<E-mail 送信先>

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学教室  
E-mail : ppmelt@koto.kpu-m.ac.jp 担当 太田

-----  
送信先 京都府立医科大学精神機能病態学 FAX : 075-251-5839

会社名・団体名	
所属先あるいは自宅住所	
TEL	
FAX	

ご所属	役職	お名前	年齢	性別