



広島児童青年精神医学研究会 入会申込書

ふりがな	
氏名	
所属機関名 (学部生は在籍校名)	
職種	
住所 (自宅・勤務先) いずれかに○をしてください	〒 -----
メールアドレス	
推薦人署名 世話人または会員 計2名による自署	

申し込みは、広島児童青年精神医学研究会事務局まで郵送いただくか直接お持ちください。

事務局：広島大学小児科（担当・山崎）
〒734-8551 広島市南区霞1-2-3
Tel; 082-257-5212
Fax; 082-257-5214