

別 紙

F A X 送 信 票

山梨県精神保健福祉センター 行

(FAX 055-254-8647)

送信者 所 属()

氏 名()

T E L ()

F A X ()

平成21年度かかりつけ医うつ病対応力向上研修会申込書

いずれかを○で、囲んでください		1) H21年 9月24日 (ホテルやまなみ)	
		2) H21年10月24日 (増穂町国民保健高齢者保健福祉支援センター)	
医療機関名			
住 所			
電 話 番 号			
受講者	氏 名	生年月日	診療科

※日本医師会編集：『自殺予防マニュアル第2版 地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と対応』について、研修時ご持参いただけますでしょうか。1) か2) いずれかへ○を付けてください。

1) 持参する

2) 持参できない