

**参加方法** FAX送信、郵便はがき、日本医学会ホームページ登録のうち、いずれかの方法(下記参照)でお申し込みください。

**入場券** 参加申し込み後、10日以内に本会より送付します。

**締め切り** 先着500名

**参加費** 無料

\*参加希望者のご氏名・ご住所等の個人情報は、入場券の送付に使用させていただきます。第三者に提供することはありません。

\*車での来館はご遠慮ください。駐車できません。

**生涯教育制度 (但し：関係者のみ)**

参加者は、日本医師会生涯教育制度のカリキュラムコード12(地域医療)0.5単位と、32(意識障害)0.5単位と、0(その他)2.5単位の合計3.5単位取得できます。参加の際には、**医籍登録番号、所属の郡市区医師会名**をご記入ください。

**FAX送信の場合** この申込書に記入の上、矢印の方向にご送信ください。

(ふりがな) 氏名	
住所	〒  電話 — —
参加者区分	(該当する箇所に○印を付けてください。医師の方は( )内もご記入ください) 医師(医籍登録番号：____、所属郡市区医師会名：____医師会)、 メディカルスタッフ、製薬関係、会社員、学生、報道関係、その他

**郵便はがきの場合**

下記要領をはがき(往復はがき不要)に記して、日本医学会までご送付ください。

第157回  
日本医学会シンポジウム  
参加希望

(ふりがな)  
氏名：  
住所：〒  
電話：  
参加者区分：  
医師(医籍登録番号：\_\_\_\_、  
所属郡市区医師会名：\_\_\_\_医師会)、  
メディカルスタッフ、製薬関係、  
会社員、学生、報道関係、その他  
のいずれかを明記ください。

**日本医学会ホームページ登録の場合**

日本医学会のホームページ(<http://jams.med.or.jp/>)の「日本医学会シンポジウム」の項から、参加申し込みできます。



**お問い合わせ先**

**日本医学会**

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 日本医師会館内  
電話：03-3946-2121(代) FAX：03-3942-6517