日本老年精神医学会プレスセミナー参加申込書

日時：2025年8月21日（木）15：00～16：00

会場：オンライン開催（Zoom）

下記にご記入のうえ，FAXまたはE-mailにて学会事務局宛てにご返信ください．

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご芳名 |  | | |
| 貴社名 |  | | |
| 部署名 |  | | |
| 媒体名 | ☑をつけてください  （□新聞，□雑誌，□テレビ，□ラジオ，□Web，□その他　　　　　　） | | |
| E-mail | （Zoomの参加URLをお知らせしますので，お間違えの無いようお願いいたします．） | | |
| TEL |  | FAX |  |
| 名刺 | （名刺を貼付してください．） | | |

※申込締切：8月15日（金）

**FAX：03-5206-7757**

【公益社団法人日本老年精神医学会】

〒162-0825　東京都新宿区神楽坂4-1-1　オザワビル2F

Tel：03-5206-7434　Fax：03-5206-7757　E-mail：rouseioffice@rounen.org