**第17回刑事精神鑑定ワークショップ**

**（2025年12月13日・12月14日）**

**参加申込書**

送信先：ＦＡＸ　０１９８－２４－１７２１ (事務担当：押切)

送信日時： 　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏名 |  |
| 所　属 |  |
| 職　種 |  |
| 日本司法精神医学会 | ・　会員　　　　　　　・非会員 |
| 参加資格※該当に○印をつけて下さい。 | ・　精神保健指定医・　日本精神神経学会専門医資格取得者・　推薦（上記資格がない方） |
| 参加経験※該当に○印をつけて下さい。 | * 新　規（今回初めて参加）
* 再受講
 |
| 連絡先 | 住所　〒　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※　複数名で参加いただける場合は、コピーしてご利用ください。