**≪現地（大阪府医師会館での）参加申込書≫**

別添　２

【受講申込書・ＦＡＸ　０６―６７６６―２８７５】

第　１　回　学　校　保　健　講　習　会

日時：令和６年６月１９日（水）午後２時～４時

場所：大阪府医師会館２階ホール

１．

２．所属郡市区等医師会

３．医療機関名

４．連絡先所在地　〒

５．電話番号

６．ＦＡＸ番号

※　締切り日　令和６年６月14日（金）