別添２

学校医総合講習会申込書

　(令和４年９月２９日・木　午後２時 　於：大阪府医師会館)

令和４年　　月　　日

［大阪府医師会地域医療１課行　ＦＡＸ 06-6766-2875 ］

所属医師会

診療科目に○印またはご記入ください。

　　内 科　　　眼 科　　　耳鼻咽喉科　　その他（　　　　　　　　）

連 絡 先（電話）

　　　 （FAX）

※新型コロナ感染拡大防止の取り組みのため、通常開催より定員を縮小しています。

申込者多数の場合は、これまでに本総合講習会を受講していない方を優先いたします。

参加不可の場合のみ事前にご連絡いたします。