

FAX 06-6765-3737 (府医地域医療2課)

「令和5年度小児在宅医療研修会<実技研修会>」参加申込書

日時：令和6年2月18日(日)午後2時～4時

場所：大阪府医師会館 4階大会議室 AB

ふりがな

①氏名

所属地区医師会： _____ 医師会

医籍登録番号：

--	--	--	--	--	--

②所属機関名

③連絡先住所

〒 _____

④職種について該当するものに☑をご記入ください。

医師 (主たる診療科或いは専門科: _____ 科)

看護師 その他(具体的に: _____)

⑤TEL/FAX番号

TEL: _____ (_____)

FAX: _____ (_____)