平成 29 年度 大阪市立総合医療センター 緩和ケア地域連携カンファレンス
～みんなで考えよう がんと生きること～
参加申込書

大阪市立総合医療センター 宛

F A X 0 6 - 6 9 2 9 - 0 8 8 6

お手数ですが、ご出席いただける場合は枠内にご記入の上、郵送または F A X にてお申し込みください。

出席者が複数おられる場合は、全員の氏名、職種をご記入願います。
なお、誠に勝手ではございますが、**11月10日(金)まで**に郵送か F A X にてお申し込みください。

参加者名

_____ (職種) _____

_____ (職種) _____

_____ (職種) _____

施設名

_____

施設所在地

〒 _____

TEL _____ FAX _____

問合せ・郵送先 〒534 - 0021
大阪市都島区都島本通 2-13-22
大阪市立総合医療センター
医事課 地域医療連携担当 鈴木・西谷
電話 06-6929-1221(代表)