

大阪市立総合医療センター  
第3回小児青年がん・脳腫瘍センターオープンカンファレンス  
参加申込書

大阪市立総合医療センター 地域医療連携室

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

お手数ですが、枠内に出席者全員のお名前をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。  
なお、誠に勝手ではございますが、3月26日(月)までにお申し込みください。

平成30年 月 日

ふ り が な  
参加者氏名(職種・医師のみ所属医師会)

- ① \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
② \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
③ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
④ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

施設名

\_\_\_\_\_

施設所在地等

〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

※小児青年がん・脳腫瘍センターオープンカンファレンスは、大阪府医師会生涯教育の認定研修です。

問合先: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)