

平成 30 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

～教えてください！地域の緩和ケア～

参加申込書

開催:平成 30 年 12 月 15 日(土)14:00～17:00

大阪市立総合医療センター さくらホール

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

枠内に、必要事項をご記入の上、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（ふりがな）、職種をご記入願います。
なお、誠に勝手ではございますが、12月10日(月)までにお申し込みください。

ふりがな
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 患者相談担当 鈴木・森脇

電話 06-6929-1221(代表)