大阪市立総合医療センター
第4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医事課（患者相談担当）鈴木・後藤宛

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 15 日(金)までにお申し込みください。

平成31 年　月　日

参加者氏名（職種・医師のみ所属医師会）
（ふりがな）

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（患者相談担当）　鈴木・後藤
TEL　06-6929-1221（代表）