

子どもと家族と私たちはONE TEAM  
～医療的ケアが必要な小児がん患者の在宅移行支援～

参加申込書

日時 令和2年2月2日(日) 10:00~12:30  
場所 大阪市立総合医療センター 3階 さくらホール  
対象 近畿ブロック内の小児がんを診療する施設に携わる方  
参加費 無料  
申し込み 参加申込書に必要事項を記入のうえ、令和2年1月27日までに郵送かFAXで事務局までお申し込みください。締切後のお申し込みについては事務局までお問い合わせください。

施設名	
施設住所	
電話番号	
参加者	3名以上の方がお申し込みされる場合は用紙を複写してご利用ください。
カナ	
氏名	
カナ	
氏名	
カナ	
氏名	

事務局(申込先)

住所 〒534-0021 大阪市都島区都島本通2丁目13番22号  
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  
FAX 06-6929-0886  
TEL 06-6929-1221(代表)