**【回答先】**

**大阪市立総合医療センター がん医療支援センター　鈴木・本多　宛**

**FAX：０６－６９２９－０８８６**

**Mail：xc0068@osakacity-hp.or.jp**

**大阪市がん診療ネットワーク協議会委員変更届**

**委員について変更があった場合はご連絡ください**

**届出日　令和　　年　　月　　日**

**医師会名　：**

**【１号委員】(医師)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医療機関名** | **役職** | **氏名** |
|  |  |  |

**電話番号：**

**メールアドレス：**

**【その他連絡】**

|  |
| --- |
|  |