

第11回 口腔外科病診連携セミナー視聴 FAX申込書

大阪市立総合医療センター地域医療連携室
FAX 06-6929-0886

対象:医療従事者

お手数ですが、枠内にご記入の上、FAXにてご送信ください。
ご参加いただける方のお名前の記載をお願いします。

※FAXでお申し込みいただいた方には後日パスワードを記載したちらしを送付させていただきます

なお、誠に勝手ではございますが、**6月14日(月)**までにご返信ください。

		申込年月日				
参加者氏名		令	和	年	月	日
①			②			
③			④			
施設名						
施設所在地等						
	TEL		FAX			

事務局
大阪市立総合医療センター
地域医療連携センター担当：藤本・薮田
お問合せ
地域医療連携室 06-6929-3633
(平日8:45~17:15)