

第24回 学術講演会 参加申込書

お手数ですが、ご出席いただける場合は、枠内にご記入の上、FAXでご送信ください。
なお、誠に勝手ではございますが、8月20日(金)までにご返信ください。

大阪市立総合医療センター 地域医療連携センター
FAX 06-6929-0886

参加者名

施設名

施設所在地等

〒 ー

住所

TEL

FAX

事務局

〒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

地域医療連携センター 金山

お問い合わせ

☎06-6929-3633