

# 第25回 学術講演会 参加申込書

お手数ですが、ご視聴いただける場合は、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、**7月15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

〒 \_\_\_\_\_

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 原田 木村

**お問い合わせ**

**☎06-6929-3633**