

第12回 口腔外科病診連携セミナー 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

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。

なお、誠に勝手ではございますが、**11月24日(金)**までにご返信ください。

		申込年月日	
参加者氏名・職種		令和5年	月 日
①		②	
③		④	
施設名			
施設所在地等			
	TEL :	FAX :	
所属医師会・所属歯科医師会			

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：藪田
お問合せ
地域医療連携室 06-6929-3633
(平日8:45~17:15)