

第13回 口腔外科病診連携セミナー F A X 申込書

大阪市立総合医療センター地域医療連携室
F A X 06-6929-0886

お手数ですが、枠内にご記入の上、F A X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、**3月14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	年	月	日
①			②			
③			④			
施設名						
施設所在地等						
	T E L :		F A X :			
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：藤本
☎お問合せ☎ 06-6929-3633
(平日8:45~17:15)