

令和4年度緩和医療に関する研修会 (シリーズ⑬)  
受講申込書

開催日時 令和5年1月14日(土) 午後2時～4時  
会場 大阪府医師会館 2階ホール

1. 氏名 (ふりがな)  
\_\_\_\_\_

職種 (医師 看護師 薬剤師 事務職員 その他 ( ))  
\_\_\_\_\_

2. 医籍登録番号 (医師の方のみ)  
\_\_\_\_\_

3. 所属都市区等医師会名 (医師の方のみ)  
\_\_\_\_\_

4. 所属機関名  
\_\_\_\_\_

5. 所在地  
〒 \_\_\_\_\_

6. 電話番号  
\_\_\_\_\_

7. FAX番号  
\_\_\_\_\_

申込締切: 令和5年1月10日(火)

【担当事務局】  
大阪府医師会地域医療1課 (小澤・奥平)  
TEL: 06-6763-7012 FAX: 06-6766-2875  
E-mail [t-okuhira@po.osaka.med.or.jp](mailto:t-okuhira@po.osaka.med.or.jp)