

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. 所属郡市区等医師会名 (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