

大阪府医師会

令和7年度第4回周産期医療研修会

-----会場参加用の回報様式-----

FAX:06-6765-3633

メール : r-uemura@po.osaka.med.or.jp

1 氏 名 _____

2 フ リ ガ ナ _____

3 職 種 医師 看護師 その他 ()

※いずれかに○を付してください。

4 主たる診療科 _____

5 府医の会員番号 _____

※医師で該当者のみ

6 所属地区医師会名 _____

※医師で該当者のみ

7 所属医療機関名 _____

8 電 話 番 号 _____ ()

9 F A X 番 号 _____ ()