

大阪府医師会

令和 8 年度第 3 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 _____ (_____)