

大阪府医師会

令和5年度第4回周産期医療研修会

-----会場参加用の回報様式-----

送信先 FAX:06-6765-3633

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 (_____)

9FAX番号 (_____)