

# 大阪府医師会

## 令和5年度第1・2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

第1回

第2回

※いずれかに○を付してください。

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 ( \_\_\_\_\_ )