

【申込先】大阪府医師会 介護福祉課 行

FAX：06-6765-3737

小児在宅医療研修会（実技研修） 【大阪市内向け】受講申込書

日時：令和7年12月14日（日）午後2時～5時
場所：淀川キリスト教病院（大阪市東淀川区柴島1-7-50）

氏 名	
所属機関名	
所属機関住所 電話番号／FAX番号	〒 TEL（ FAX（
職 種 （該当する□に ✓を入れてください）	☐ 医師 （主たる診療科・専門科： ☐ 看護師 ☐ その他（

必要事項をご記入のうえ、FAX（06-6765-3737）にてお申し込みください。

【事務局（連絡先）：大阪府医師会 介護福祉課 TEL：06-6763-7002】