

【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） 【中河内圏域向け】受講申込書

日時：令和8年2月8日（日）午後2時～5時
場所：市立東大阪医療センター（東大阪市西岩田3-4-5）

氏 名 ふ り が な	
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】