大阪地域医療連携合同協議会　宛

FAX番号：06-6844-5712

お申込みは下記ご記入の上FAXでお願い致します。

研修参加申込書

研修名	
日時	
氏名	
施設名	
職種	
連絡先	TEL　　FAX
お問い合わせ 質問など	

＊キャンセルは2日前までにお電話でご連絡をお願いします