

参加者氏名：

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

施設名：

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

所属郡市区等医師会名：

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

大阪府医師会チケット番号：

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

参加希望形態（いずれかを選択）：　　 現地会場参加　・　Web参加

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

メールアドレス：

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

電話番号：

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

本公開講座をどこでお知りになりましたか？

□連携室定期便　□職員からの紹介　□医師会HP □病院HP □その他

