大阪母子医療センター産科内「光田班 公開シンポジウム」事務局　行

FAX 0725-56-5682

公開シンポジウム 参加申込書

先着600名　お申込み締切：11/14(月)

ご氏名	（フリガナ）	
連絡先	TEL：（　　） FAX：（　　） E-mail：	
ご所属		都・道 府・県
職　種	医師 ・ 看護師 ・ その他（　　）	
ご同伴者氏名	（フリガナ）	（フリガナ）
	①	②
	（フリガナ）	（フリガナ）
	③	④

メールでも受付ております。本文に ①ご氏名（フリガナ） ②ご所属 ③連絡先（TEL・FAX） ④ご同伴者氏名（フリガナ） をご記入の上、下記のシンポジウム事務局まで送信してください。件名「公開シンポジウム申込み」でお願いします。

お問合せ先：大阪母子医療センター産科内「光田班 公開シンポジウム」事務局

0725-56-1220（内線7538）　E-mail：matsuedae@opho.jp

なお、この参加申込書は、大阪母子医療センターホームページ（http://www.mch.pref.osaka.jp）にアクセスしていただき、【診療科・部門のご案内】→【周産期医療部門・産科】ページからダウンロードできます。

【個人情報の取り扱いについて】
ご記入いただいた個人情報は、本シンポジウムに必要な事務連絡にのみ使用し、他の目的で使用しません。

受付番号 No.