

申込期限：令和 7 年 5 月 26 日(月)

FAX 返信用

大阪急性期・総合医療センター内 大阪難病医療情報センター 宛
FAX 番号；06－6608－8416

第 21 回 公開講座「遺伝性難病のケア」参加申込書

ご希望の参加形式に✓をご記入ください

(☐ 会場参加、 ☐ Web 参加)

・ 貴施設名；

・ 連絡先電話番号 (☐ 勤務先電話番号 ☐ 本人電話番号 ☐ その他)

・ 連絡先 E-mail (☐ 勤務先 E-mail ☐ 本人 E-mail ☐ その他 E-mail)

@

(※申込受付完了のご連絡は、上記 E-mail あてにお送りいたします)

・ お名前

・ 職種

・ ご所属

・ 役職

申込みはこちら↓



※複数名参加希望の場合には、この用紙をコピーしてご使用下さい。
ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

TEL；06-6694-8816 月～金 10時～16時