申込先　大阪府病院協会

ＦＡＸ　０６－６７７６－１６２４

「第８６回定時総会特別講演会」参加申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和元年 　月 　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院名 |  | 懇親会参加者は○印を記入ください |
| 所在地 |  |
| 参　　　加　　　者 | 氏　　名 |  |  |
| 所属部課名 |  | 役職名 |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 所属部署名 |  | 役職名 |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 所属部課名 |  | 役職名 |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 所属部署名 |  | 役職名 |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 所属部課名 |  | 役職名 |  |
| ★申込受理に関し特にご連絡いたしませんので、ご了承ください。★申込締切：６月５日（水）★事前お申込みのない場合、ご入場をお断りする場合があります。 |