

申込先 大阪府病院協会
FAX 06-6776-1624

令和元年度
「病院職員実務者研修会」参加申込書

令和元年 月 日

病院名			
所在地	TEL		
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：7月18日（木） ★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。			