

FAX 申し込み用紙

関西医科大学総合医療センター 地域医療支援臨床倫理研修会への申し込みの用紙です。以下の項目に記入または○を付けて下記FAX 番号まで送ってください。申し込み多数の場合には、参加して頂けない場合がありますので、ご容赦下さい。

氏名 _____

よみがな _____

性別：男性・女性

住所 _____

電話番号 _____

勤務地 _____

勤務地域：関西医大総合医療センター、大阪市鶴見区、大阪市旭区、
大阪市東淀川区、門真市、守口市、寝屋川市、その他（ ）

職業：医師、看護師、薬剤師、放射線技師、MSW、PSW、医療事
務職、介護福祉関係者、その他（ ）

臨床経験年数： _____ 年

連絡先メールアドレス _____

関西医科大学総合医療センター 地域医療連携部内

FAX 番号 06-6993-9488