令和 ５ 年　　　月　　　日

**ＦＡＸ：０６－６７６５－３６３３**

大阪府医師会 救急災害医療課　宛

申込締め切り　令和 ５年12月15日(金)

「**令和５年度 第2回 災害医療基礎(初級)研修会（1/25木）**」

受講申込書

※定員48名、超過の場合は抽せん。受講の可否は後日連絡。

1. 氏　名：
2. ふりがな(氏名)：
3. 職種： ※該当するものに○

医　師 (所属郡市区等医師会:大阪市阿倍野区医師会)

・ 看護師 ・その他（ 　 ）

1. 医療機関名：
2. 電話番号：
3. FAX番号：
4. Mailｱﾄﾞﾚｽ：(必須)

事務局：救急災害医療課

（FAX：06-6765-3633 (西原)）