

FAX 06-6764-0267

大阪府医師会学術課 行

地包加・地包診 **受講証明書発行**希望
平成 年 月～平成 年 月分

氏 名	
生涯研修チケット番号	
所属医師会	
連絡先電話番号	
通知票の送付先	(〒 ー)