

【送信先 FAX : 06-6787-2543】

年 月 日

地方独立行政法人

市立東大阪医療センター 地域医療連携室 宛

貴施設名 _____

御連絡先（電話番号） _____

【研修】

令和7年1月29日（水） 15:00～16:30（本館3階 C会議室）

ねとわーく会に出席します。

参加人数 _____ 名

名前	フリガナ	職種

締切日：2025年1月20日（月）

問合せ先：地域医療連携室 浅野