

**FAX 返信用**

大阪難病医療情報センター 宛

FAX 番号 ; 06-6608-8416

**東部・南大阪地域における神経難病医療ネットワーク検討会**

参加申込書

貴施設名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

\*急な変更等でご連絡が必要な場合がございますので、ご記入願います。

お名前 \_\_\_\_\_

職種 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

職種 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

職種 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

職種 \_\_\_\_\_

\*誠に勝手ながら、〆切りは平成31年2月15日(金)とさせていただきます。ご不明な点がございましたら下記までお尋ね下さい。

大阪難病医療情報センター

月～金 10時～4時

TEL: 06-6694-8816

①