臨床研修医募集定員の決定方法に関する説明会（２/１７）

出欠確認票

病院名：

連絡先ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：

※出席・欠席のいずれかに○を付け、必要事項を記入ください。

１　出席します。

　　出席者職・氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 名 | 氏 名 | 連絡先電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |

２　欠席します。

御多忙中恐れ入りますが、２月１４日（金）までに返送ください。

≪FAX送信先≫

FAX番号：０６－６９４４－６６９１

≪メール送信先≫

メールアドレス：iryotaisaku-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

大阪府医療対策課医療人材確保G　担当：松本・坂井　あて