

大阪精神医療センター オープンホスピタル 2017

申込用紙

【送付先】 E-mail : seishin-iryo@opho.jp

FAX : 072 - 840 - 6206

フリガナ				
お名前		性別		年齢
連絡先住所 (参加証送付先)	(自宅・職場) 〒			
E-mail				
TEL		FAX		

* 専門職の方は以下をご記入下さい			
ご所属 (病院・機関名)			
職 種	医 師 ・ 看 護 師 ・ 精 神 保 健 福 祉 士 ・ 作 業 療 法 士 ・ 心 理 士 ・ 薬 剤 師 ・ そ の 他 ()	実務経験年数	年

* 学生の方は以下をご記入下さい			
学校名			
学部・専攻科		学年	年

・お申込み受付後、概ね1週間以内に「参加証」をお送りします。

もし、参加証が届かない場合は、お手数ですが、下記までご連絡下さい。

<お問い合わせ先：072-847-3261 (代) 人事グループ オープンホスピタル担当者>