**ＦＡＸ：０６－６７６５－３６３３【府医会館受講用】**

大阪府医師会　救急災害医療課　宛

令和 ６ 年　　月　　日

「令和６年度　第１回小児救急医療研修会」受講申込書

ふりがな

ご 芳 名：

職　種（いずれかに〇印をお付けください）

【医師】

小児科医　　・　　小児科医ではない

【医師以外】

　　看護師　　・　　その他（具体的に　　　　　　　　　　）

医療機関名：

所属地区医師会：　　　　　　　　　　　医師会（医師会員はご記入下さい）

　　※ 本研修会は３回を１クールとして開催します。

受講希望の欄に〇印を付して、ＦＡＸにてご送信ください。

第２、第３回はあらためてご案内します。

**【令和６年度 小児救急医療研修会】第３回**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望 | 日時・会場 | 　　　　演　　　題 |
|  | 令和６年８月22日（木）午後２時～４時大阪府医師会館**４階** | **第１回** ｢小児救急の現状｣｢小児初期救急の要点｣大阪医科薬科大学　准教授　　大阪小児科医会　理事　　　　新田　雅彦　　　　　　　　　　 |