

# FAX 相談申込書

(独) 国立病院機構大阪南医療センター緩和ケア推進室 行

FAX : 0721-52-1215

ご施設名・ご所属

---

ご氏名

---

電話番号

---

FAX 番号

---

相談内容（個人を特定できる内容は記載しないでください。）

--