

大阪公立大学医学部  
スキルスシミュレーションセンター  
見学申込書

大阪公立大学医学部附属病院 病院長 殿

申込者	所属施設	
	部署名	
	担当者氏名	
	電話番号	
	E-mail	
希望日時	年 月 日 ( ) :	
見学者	計 ( ) 名	
見学目的		
その他		