

学術講演・講習会 後援 申込書

(注)『共催』は致しません

1. 研修名

2. 主催者名

3. 開催日時 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分

4. 会 場

5. 対 象 開業医・県中・医学部・(特定診療科)

6. 演 題

7. 講 師

8. 連絡先 施設 (会社) 名

電話番号 () —
担当者名

9. 紹介者 (出雲医師会会員) 確認 氏名 _____

10. 出雲医師会学術担当理事確認 氏名 _____

11. 出雲医師会会長確認 氏名 _____