

平成 年 月 日

学術講演・講習会後援申込書

1. 研修名
2. 実施主体者名（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 _____