

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. 出雲医師会事務局への日程確認日 年 月 日
確認方法 (該当を○で囲む) 窓口来館 ・ 電 話
10. 紹介者 (出雲医師会会員) 自署 氏名 _____
11. 出雲医師会学術担当理事 自署 氏名 _____
12. 出雲医師会会長 自署 氏名 _____