

学術講演会 開催申請書

年 月 日

一般社団法人松原市医師会
学術講演会担当理事 殿

下記のとおり学術講演会（研修会）を計画しておりますので、大阪府医師会生涯教育講座として指定くださるよう申請します。

団体名	ご担当者名
連絡先TEL :	
e-mail :	

講演会名称	松原市医師会 学術講演会
開催希望月 (※複数選択可)	第2土曜日 13:50~15:30 開催 令和4年 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 令和5年 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 (症例検討会含む) ※同様の演題が続く事を防ぐため ※開催月については、受付け後に調整し、ご連絡さしあげます。
開催形態	<input type="checkbox"/> 対面式 <u>※基本的には対面式で開催します。</u>
開催予定会場	<input type="checkbox"/> 松原市医師会 2階会議室
講師	氏名 所属機関 所属診療科 (大阪府医師会生涯研修申請に診療科の入力が必要です。)
演題 (決定している場合のみ)	(演題名・情報提供及び案内状等には <u>薬剤名は「一般名」</u> を記載してください。)
内容 (宣伝予定のお薬についても記入願います)	

◆次年度4月から3月の開催申請書受付は、12月1日からとします。

開催申請書をご記入の上、松原市医師会までご提出をお願いします。

松原市医師会 電話:072-333-3531 FAX:072-336-8647(平日9:00~17:30)

e-mail: jimukyoku@matsubarashi-ishikai.com

◆プログラムは、大阪府医師会生涯研修システムへの登録の為、2ヵ月(60日)前までにご提出をお願いします。