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 |
| 開催場所 | 松原市医師会館　2階会議室 |
| 日　　時 | 令和 　年　　月　　日（土）13：50～15：00 |
| 講　　師 | 氏名所属機関所属診療科 |
| 演　　題 | （演題名・情報提供及び案内状等には薬剤名は「一般名」を記載してください。） |
| 内　　容 |  |
|  |
|  |
| （例：糖尿病、リウマチ等。　また、宣伝予定の薬の内容もご記入下さい） |

◆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。

　また、ご来館の際には事前に電話連絡をお願いします。

　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