

平成 年 月 日

大分県医師会長 殿

申請者 所属 _____

氏名 _____

大分県医師会後援申請書

下記講演会等に対し、大分県医師会の後援を申請いたします。

学術講演会等名称	
開催日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
開催場所	
学習内容	
演題名	
講師名	
責任者 (問合先)	所属・勤務地
	氏名
	共催の場合の責任者氏名は、医師に限ります。
開催者	主催・共催
	主催の場合(団体名または主催者名・所属を記載) 共催の場合(研究会名等と共催者名を列記)
後援承認連絡	()大分県医師会ホームページに掲載で承認了解とする。(連絡不要) ()その他 (*出来るだけホームページ確認をお願いします)