

粕屋医師会 講演会共催申請書

令和 年 月 日

一般社団法人粕屋医師会
会長 松尾 喬之 殿

主催者（医師会員）の肩書、氏名、押印
※医師の自筆の場合押印不要

申請者
（代表世話人） 印

開催日時	令和 年 月 日 () : ~ :		
講演会名			
開催団体 (世話人)	申請者と同じ名前か 団体名とする		
開催場所	※WEB開催の場合、配信会場を記載して下さい。 住所: TEL:		
共催 (製薬会社等)			
参加方式	自由参加・予約制	参加費	無料・有料 円
出席予定人員	名	意見交換会	有・無
① 講演会テーマ・対象となる主たる診療科			
② 本講演会を開催するに至った経緯			
③ 本講演会は 今回のみ ・ 今後継続予定（定期継続）			
④ 本会の日本医師会生涯教育講座認定の有無 必要 ・ 不要 (_____ 医師会申請予定)			
連絡者	申請者と同じ名前か団体名とする。製薬会社名は記載しない。 TEL		
備考	上記の連絡者以外に連絡を希望される場合は 電話番号、メールアドレス、担当者名を記入して下さい。		

他医師会にて認定を受ける
場合はその医師会名を記載