(大阪府医師会指定学校医制度)　　様式　３　号

# 大阪府医師会指定学校医制度認定研修会申請書

年　　月

大阪府医師会指定学校医制度に該当する研修として認定いただきたく下記のとおり申請いたします。

## 開　催　要　領

１．研　修　名

２．主　催　者

３．開 催 日 時　　年　　月　　日（　　曜）
時　　分 ～　　時　　分

４．開 催 場 所

５．演題・講師

６．予定参加者数　　人

７．学校医部会ホームページへの掲載　　（　可　・　不可　）

※　可・不可のいずれか該当する方に〇印を付してください。記載がない場合は“掲載可”と判断いたします。

８．申　請　者

| |
|---|
| 住　所（〒　　―　　）<br><br>電　　話　：<br>メールアドレス：<br>※上記、アドレスに審査結果をお知らせいたします。 |
| 団体名<br>担当者 |

| 地区医師会等印 | 大阪府医師会印 |
|---|---|
| | |