(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．申　請　者

住　所（〒　　―　　） 電　話
団体名 担当者

地区医師会等印	大阪府医師会印