

# 学術講演会 開催申込書

(釧路市医師会 提出用)

開催者名		ご連絡先住所及び電話番号  TEL
ご担当者名		

開催名									
日時	令和	年	月	日	( )	午後	時	分	開始
会場									
共催									
日程 プログラム	:	~	:	製品紹介・一般講演・特別講演・懇親会					
	:	~	:	製品紹介・一般講演・特別講演・懇親会					
	:	~	:	製品紹介・一般講演・特別講演・懇親会					
	:	~	:	製品紹介・一般講演・特別講演・懇親会					
演題 講師	①			単位	CC				
	②			単位	CC				
	③			単位	CC				
主な対象 診療科目									
参加資格	特になし ・ 医師のみ ・ コメディカル ・ その他( )								
備考									

※ 釧路市医師会事務局(月～金 8:30～17:00) TEL. 0154-41-3626 FAX. 0154-41-1116  
 〒085-0831 釧路市住吉2丁目12番37号  
 担当 : 松岡(マツオカ)まで matsuoka@kushiro-ishikai.or.jp

**案内状を添付の上、開催希望日の60日前までにご提出願います。**