

(様式1)

令和 年 月 日

大阪医科大学医師会 令和 年度 学会等助成申請書

1.申請代表者

代表者氏名	⑩			
代表者所属	大阪医科大学			教室
代表者役職				
代表者連絡先	TEL	内線		PHS
	FAX	内線		
	E-Mail	@osaka-med.ac.jp		

2.開催する学会等

名称				
目的				
概要				
主催				
協賛				
開催(予定)日時	令和 年 月 日()	:	~	
	令和 年 月 日()	:	迄	
開催(予定)場所	会場名			
	所在地			
参加(予定)者数	学内	人	合計	人
	学外	人		
その他特記事項				

趣意書等資料を添付してください。