

研修会名義後援依頼申請書

年 月 日

高知県産婦人科医会
会長 坂本 康紀 様

主催責任者所属
氏名

印

下記の内容で実施いたしますので、名義後援についてご了承いただきたく申請いたします。

研 修 会 名	
研 修 テ ー マ	
講 師 名	
開 催 日 時	
開 催 場 所	
連 絡 先	住所 団体名 役職 氏名 連絡先
備 考	

※研修会等の名義後援を申請される場合は、具体的な内容がわかるチラシ等を添付し、開催日1か月前までに高知県産婦人科医会事務局宛 [39-jaog@kochi.med.or.jp] ご提出ください。