

(様式1)

令和 年 月 日

大阪医科薬科大学医師会 令和 年度 学会等助成申請書
-------------------------------

1.申請者

代表者	氏名	Ⓜ		
	所属	大阪医科薬科大学		教室
	役職			
連絡担当者	氏名			
	TEL	内線	PHS	
	E-Mail	@ompu.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。