

(様式2)

令和 年 月 日

大阪医科薬科大学医師会 令和 年度 学会等助成報告書

1. 報告者

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. 実施した学会等

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

案内ポスター・プログラム等資料を添付してください。