

勉強会等申込書

令和 年 月 日

岩国市医師会事務局 御中

住 所

申請者 団体名

電話番号

下記のとおり、勉強会等を申し込みます。

名 称	
開催日時	令和 年 月 日 () : ~ :
開催場所	
担 当 者	[氏名] [連絡先]
行事予定表掲載	希望する ・ 希望しない
後援有無	有 ・ 無

受付番号

--