

糖尿病に関する研修会等指定申請書

下記の通り、糖尿病に関する研修会等を実施するので、おおいた糖尿病相談医の更新に係る研修会として承認していただくようお願いします。

大分県医師会長 殿

令和 年 月 日

申請者 _____

連絡先 _____

研修会等名	
開催日時	令和 年 月 日（ ） : ~ :
開催場所	
概要 ※プログラム等の添付があれば記載不要	

承認						臨床 医 会	
不承認		登 録		電 話			

※承認・不承認を事務局から申請者宛に電話回答します。