（別紙２）

事業実施報告書

　　年　　月　　日

　茨城県医師会長　殿

所在地

団体名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

　茨城県医師会後援名義使用の承認を受けて行った事業について、次のとおり報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 | ※当日の配付資料等、概要がわかる資料を添付すること  添付すべき資料が申請時に提出したものと同一の場合は  右の枠内にチェックのうえ、省略も可　　　　　　□ |
| 3 |  |
| 4　会　　　　場 |  |
| 5 |  |
| 6 | 円 |
| 7　担当者連絡先 | 住所：〒    氏名： 　　　　　　　　　 電話番号： |
| 8 |  |