

## 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 事業の名称	
2 実施内容	※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 <input type="checkbox"/>
3 開催日時	
4 会場	
5 参加者数	
6 参加料等	円
7 担当者連絡先	住所：〒 氏名： 電話番号：
8 その他 連絡事項	