（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　　  |  　　 |