

島根県医師会長 殿

年 月 日

島根県医師会生涯教育講座実施報告書

1. 研修名	(認定番号 _____)
2. 主催者名	
3. 共催者名	
4. 開催日時	年 月 日() 時 分から 年 月 日() 時 分まで 計____時間____分
5. 開催地	市・郡
6. 会場	
7. プログラム	
8. 参加者数	_____ 名【出席者名簿添付】 (当初の予定参加者数 _____ 名)

※ 出席者名簿・研修の資料（講演要旨等1組）を添付していただきますようお願いいたします。