

岐阜県医師会長 様

実施計画書

1 実施者基本情報

実施者名 (団体名・代表者名、 又は医療機関名・個人名)	印			
担 当 部 署		連絡先	TEL	
担当者氏名			メール	

※代表者名が地域医師会長以外の場合は、所属の地域医師会長の推薦を受けて下さい。(4の項目に記入を依頼してください。)

2 内容 ※必要に応じて資料等を添付すること

研修会の概要（研修会名、開催予定日、対象者等）
目的（期待される成果等）

3 支出予定額内訳（※千円未満は四捨五入して記載のこと）

経費区分	予定額（円）	備考（必要に応じて資料を添付すること）
旅費 謝金 消耗品費 通信運搬費 賃金 会議費		
合 計（円）		

4 地域医師会長の推薦について

上記の実施計画について適当であると認めます。

(地域医師会)

(会長名)

印