様式（３）

提出日：令和　　年　　月　　日

岐阜県医師会長　様

実 施 報 告 書

１　報告者基本情報

実施者名 （団体名・代表者名、又は医療機関名・個人名）				
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、報告書等は所属の地域医師会に提出し承認を受けてください。
（４の項目に地域医師会長の記名押印を依頼いただき、本会にご提出ください。）

２　事業成果について

事業実績（取り組んだ内容等）
添付資料　※資料、チラシ等内容のわかるものを添付してください。
①活動報告書（会議の開催、研修の参加者数、実施状況等） ②支出証拠書類（支出を確認できる領収書の写し等）

３　支出額内訳

経費区分	支出額（円）	備考　**※領収書のコピーを提出してください。**
旅費 謝金 消耗品費 通信運搬費 賃金 会議費		
合　計（円）		

※振り込み先についての資料（様式４）を添付してください

４　地域医師会長の確認について

上記の実施について確認いたしました。

（地域医師会）

（会長名）　　印