　受付番号

学術会合の共同開催申請書

　　年　　　　月　　　 日

一般社団法人大阪国際医療機構　　御中

（申請者）

教室名

役職・氏名

私は貴機構との学術会合の共同開催について下記の通り申請します。

記

1.　学術会合開情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会合名称 |  | |
| 会長（または責任者） |  | |
| 開催日時・会場 |  |  |
| 会合の目的 |  | |
| 規模（参加者数等） |  | |

2.　事務局

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務局名称・担当者 |  |  |
| 電話番号・E-mail |  |  |
| 共催依頼の理由  (公共性等について) |  | |
| 利益相反自己申告状況  (関与する企業との利益相反) |  | |