

様式 1

鳥取県医師会「テレビ会議システム」使用申込申請書

令和 年 月 日

鳥取県医師会長 殿
テレビ会議システム運営小委員会 委員長 殿

主催者	
代表者	印

テレビ会議システムの使用について、次のとおり承認を受けたいので申請します。

利用日時	令和 年 月 日 () 〔午前・午後〕 時 分 ~ 〔午前・午後〕 時 分			
会議等の名称				
会議等時間	開始時間 〔午前・午後〕 時 分から 終了(予定)時間 〔午前・午後〕 時 分まで			
使用場所 (使用会場に○を付けて下さい。)	県医師会館	1階 研修センター	2階 常任理事会室	2階 理事会室
		3階 研修室	4階 会議室	
	東部医師会館	2階 第1会議室	2階 第2会議室	3階 研修室
	中部医師会館	1階 大会議室	2階 会議室	
	西部医師会館	1階 会議室 1-1	1階 会議室 1-2	2階 会議室 2-2
3階 講堂				
出席人数 (予定)	県医師会館	名	中部医師会館	名
	東部医師会館	名	西部医師会館	名
連絡先 (職氏名等)	TEL () -			
備考				

【 鳥取県医師会事務局 】

(E-mail) kenishikai@tottori.med.or.jp
(TEL) 0857-27-5566 (FAX) 0857-29-1578