【見本】

令和　　年　　月　　日

長野県歯科医師会

会長　伊　藤　正　明　　様

　施設代表者○○○○○○○○

　○○　○○

周術期等口腔機能管理・多職種連携の講習会への派遣について（お願い）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本会では、標記講習会を開催し、当会会員に対して周術期等口腔機能管理についての説明会を行う予定です。

つきましては、学術部担当者の講演を賜りたく、公私共にご多忙のところ大変恐縮に存じますが、ご派遣下さいますようよろしくお願い申し上げます。

記

１．日時　　令和〇年〇月〇日（〇）　○○時○○分～○○時○○分

２．会場　　○○市○○○○「○○○○」

３．内容　　周術期等口腔機能管理について

４．担当　　○○時○○分（○○○○）

連絡先　○○○○