

(記入の仕方)

令和 年 月 日

日本医師会生涯

会の名前と角印または世話役のドクターのお名前と捺印。(メーカーさんの名前と捺印では受理できません)

可 申 請 書

申請書提出日

宮崎県医師会長 河野 雅行

医師会・分科医会等名 ○○○○○会 印

開催の1ヶ月前までに申請書提出をお願いいたします。 ※なお、前月の10日までに申請されま...

Webを使用する場合、講習会名の後に「(Web講習会)」とご記入をお願いします

講師・演題名等が書ききれない場合は複写して下さい。

Table with columns for 講習会名, 日時・場所, 演題名 1, 講師名 1, COI開示, 演題名 2, 講師名 2, COI開示, 専門医共通講座. Includes details on dates, times, and application status.

※Web 受講者は出退管理が必要

演題名 3	形式： 0;座学 3;その他()	講演時間	
		:	~ :
			分
		CC	単位
講師名 3 肩書は必ず記入 して下さい。			
COI開示	有・無	専門医講座申請	有・無
専門医共通講座	有・無	診療領域別専門医名	
出席予定者数	○名		
対象者	0;医師のみ・1;医師 以外 も可 (対象：医師、看護師、歯科衛生士)		
主催 (必須)	○○○会	一団体は必須です。 主催がメーカーの場合、受理できません。	
共催 1	株式会社○○○薬品		
共催 2	○○○研究会		
共催 3			
共催 4			
後援	○○○市、○○○会	定員になり次第締切、など。	
参加費	0;無料・1;有料 (医師1,000円、他職種500円)		
事前申込	0;不要・1;必要 (申込締切： 年 月 日または)		
問合せ先	団体・会社名：株式会社○○○薬品		
	担当部署・担当者名：○○統括部 ○○		
	〒○○○-○○○		
	住所：○○市○○町○丁目○番地		
	TEL：○○○-○○-○○○ FAX：○○○-○○-○○○		
	E-mail： @		
URL：			
備考欄	日医認定健康スポーツ医 再研修会 2単位		

※責任者・連絡先住所等

〒 - 住所： 同上

団体名・担当者名：

TEL：

認可通知等…【郵送にて受取】【県医にて直接受取】(希望に○をお付けください)

※日州医事(県医師会誌)への掲載ご希望の場合、提出期限は前月15日までです。

こちらに記載いただく連絡先住所等は、認可通知等を送付する先としてご記入ください。問い合わせ先と同じ場合は、「同上」と書いていただき結構です。

その他、必要に応じ記入。

認可通知等の受取方法について、どちらかに○印を記入してください。

(県医師会使用欄)

県医師会入力	日本医師会全国医師会研修管理システム入力
--------	----------------------