

日本医師会生涯教育講座認可申請書

宮崎県医師会長 河野 雅行 様

医師会・分科医会等名 _____ 印

下記、生涯教育講座を開催いたしますので日本医師会生涯教育講座として認可
 くださいますよう申請いたします。

記

講師・演題名等が書ききれない
 場合は複写して下さい。

講習会名			
日時・場所	令和 年 月 日 () 時間 : ~ : ~ 令和 年 月 日 () 時間 : ~ : 会場名 : Webを使用する場合 : 受講は現地またはWeb ・ 受講はWebのみ 〒 - 住所 : TEL : - -		
演題名 1	形式: 0;座学 3;その他()	講演時間	
		: ~ :	分
講師名 1 肩書は必ず記入 して下さい。		CC	単位
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	
演題名 2	形式: 0;座学 3;その他()	講演時間	
		: ~ :	分
講師名 2 肩書は必ず記入 して下さい。		CC	単位
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	

※Web 受講者は出退管理が必要

表

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:)		
主催 (必須)			
共催 1			
共催 2			
共催 3			
共催 4			
後援			
参加費	0;無料・1;有料()		
事前申込	0;不要・1;必要(申込締切: 令和 年 月 日または)		
問合せ先	団体・会社名:		
	担当部署・担当者名:		
	〒 -		
	住所:		
	TEL: - - FAX: - -		
E-mail: @			
URL:			
備考欄			

※責任者・連絡先住所等

〒 - 住所:

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。

(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
--------	----------------------