

日本医師会生涯教育講座 申請書

沖縄県医師会 殿

年 月 日 ()

下記のとおり講演会(研修会)を企画しておりますので、日本医師生涯教育講座として指定下さるよう申請します。

主催団体名:

代表者氏名: _____ 印

開催日		開催場所 (市町村)	
名称		COI開示有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
共催		後援	
対象	<input type="checkbox"/> 医師・ <input type="checkbox"/> ()	形式	<input type="checkbox"/> 座学 ・ <input type="checkbox"/> Web配信 <input type="checkbox"/> その他 ()
事前申込	<input type="checkbox"/> 必要 (月 日迄) ・ <input type="checkbox"/> 不要 ↳ <input type="checkbox"/> 会報へ申込QRコード掲載を希望する。※	参加費	<input type="checkbox"/> 有 (円) ・ <input type="checkbox"/> 無
受付管理	<input type="checkbox"/> 開始受付のみ ・ <input type="checkbox"/> 終了受付のみ ・ <input type="checkbox"/> 開始+終了受付()分間		
Web配信等の場合	<input type="checkbox"/> ログイン・ログアウト状況を管理 (<input type="checkbox"/> 目視で確認・ <input type="checkbox"/> アクセスログにて管理) <input type="checkbox"/> その他 ()		
問合せ先	郵便番号 施設(会社) TEL e-mail	住所 担当者 FAX	

※会報へ申込QRコード掲載を希望する場合は、開催日2か月前迄にメールにてQRコードのデータを送信ください
【送付先(生涯教育担当宛): tani@okinawa.med.or.jp】

プログラム

1	時間帯	: ~ :	C C	単位	
	講演名				
	講師所属		講師名		
2	時間帯	: ~ :	C C	単位	
	講演名				
	講師所属		講師名		

※申請する際は、申請書と講演会(研修会)のチラシ等を添えてご提出をお願いします。

認定番号 : _____

3	時間帯	: ~ :	C C		単 位	
	講演名					
	講師所属		講師名			
4	時間帯	: ~ :	C C		単 位	
	講演名					
	講師所属		講師名			
5	時間帯	: ~ :	C C		単 位	
	講演名					
	講師所属		講師名			
6	時間帯	: ~ :	C C		単 位	
	講演名					
	講師所属		講師名			