

日本医師会生涯教育講座 申請書

沖縄県医師会 殿

2024年 5月 1日(水)

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。

医師が所属する団体が主催・共催にいる場合、代表者は医師名で申請ください。

主催団体名: ○○○○○○○○

代表者氏名: □□□□□□□ 印

開催日	2024年8月1日(木)	開催場所 (市町村)	沖縄県医師会館(南風原町)
名称	●●●●●●●●講演会	COI開示有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <small>Webの際は配信場所を記載ください。</small>
共催	○○○○研究会 <small>薬の商品名は使用不可です。一般名・有効成分は可能です。</small>	後援	△△△△協会
対象	<input type="checkbox"/> 医師・ <input "="" checked="" type="checkbox"/> 座学・ <input checked="" type="checkbox"/> Web配信 <input type="checkbox"/> その他( )		
事前申込	<input checked="" type="checkbox"/> 必要(7月31日迄)・ <input type="checkbox"/> 不要 ↳ <input checked="" 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( )
受付管理	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 901-1105 施設(会社) 沖縄県医師会 TEL 098-888-0087 e-mail g1@okinawa.med.or.jp	住所 南風原町字新川 218-9 担当者 ◇◇◇◇◇	FAX 098-888-0089

沖縄県医師会医学会で後援名義使用の際は別途申請が必要です。

※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](mailto:tani@okinawa.med.or.jp)】

プログラム

1	時間帯	18:00~18:30	C C	30:頭痛	単位	0.5単位
	講演名	*****について <small>1時間/1単位/1CC 最小単位は30分/0.5単位 CCは演題ごとに1つまで</small>				
	講師所属	○○大学 教授	講師名	□□□□□		
2	時間帯	18:30~20:00	C C	31:めまい	単位	1.5単位
	講演名	*****について <small>薬の商品名の使用不可 一般名・有効成分ならOK</small>				
	講師所属	○○大学 教授	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 : \_\_\_\_\_