

日本医師会生涯教育講座 申請書

沖縄県医師会 殿

2022 年 4 月 1 日 (金)

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	2020 年 7 月 1 日 (水)	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
共催	○○○○研究会	後援	△△△△協
対象	<input type="checkbox"/> 医師・ <input checked="" type="checkbox"/> (医師・医療従事者)	形式	<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 (6 月 30 日迄)・ <input type="checkbox"/> 不要	参加費	<input type="checkbox"/> 有 (円)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
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 ()		
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 住所 南風原町字新川 218-9 施設(会社) 沖縄県医師会 担当者 ◇◇◇◇◇ TEL 098-888-0087 FAX 098-888-0089 e-mail g1@okinawa.med.or.jp		

Web の際は配信
場所を記載ください。

沖縄県医師会医学会で
後援名義使用の際は別
途で申請が必要です。

(送付先: g1@okinawa.med.or.jp) ※@の前は数字の「1」です。

プログラム

1	時間帯	18:00~18:30	CC	30 : 頭痛	単位	0.5 単位
	演題名	*****について				
	講師所属	○○大学 教授	講師名	<input type="checkbox"/>		
2	時間帯	18:30~20:00	CC	31 : めまい	単位	1.5 単位
	演題名	*****について				
	講師所属	○○大学 教授	講師名	□□□□□□		

1 時間/1 単位/1 CC
最小単位は 30 分/0.5 単位
CC は演題ごとに 1 つまで

薬の商品名の使用不可。
一般名・有効成分なら OK

※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 : _____