

記入例

〈様式1〉

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 Webの際は配信
共催	○○○○研究会 薬の商品名は使用不可です。 一般名・有効成分は可能です。	後援	<input type="checkbox"/> △△△△協 場所を記載ください。
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 沖縄県医師会医学で 後援名義使用の際は別途で申請が必要です。
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 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

(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"/>	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
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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 : _____