

<様式1>

日本医師会生涯教育講座 申請書

沖縄県医師会 殿

令和8年 4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、日本医師会生涯教育講座として指定下さるよう申請します。

主催・共催に医師が所属する団体がある場合は、
医師が所属する団体名および代表者名で申請する。

主催団体名: 沖縄県〇〇〇〇研究会

代表者氏名: 〇〇〇〇〇〇

※必須項目は全て記入してください。

研修会(講習会)開催日 ※必須	2026年5月15日(金)
研修会(講習会)開始時間 ※必須	18:00
研修会(講習会)終了時間 ※必須	19:00
研修会名 ※必須	第●回 〇〇〇〇〇〇研究会
主催者区分 ※必須	医会・学会・研究会・医療関係団体等
主催者名 ※必須	沖縄県〇〇〇〇研究会
共催の有無 ※必須 (有の場合は下記へ入力)※3つまで	有
共催区分①	大学・医療機関
共催者名①	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
共催区分②	
共催者名②	
共催区分③	
共催者名③	
協力団体の有無 ※必須	無
協力団体有の場合は団体名入力	
後援の有無 ※必須	無
後援有の場合は後援名入力	沖縄県医師会医学会で後援名義を使用する場合、 別途で申請が必要です(お電話で問合せください)

協賛の有無 ※必須	無
協賛有の場合は協賛名入力	
開催形式 ※必須	座学
開催場所(都道府県)	沖縄県
開催会場名 ※必須	沖縄県医師会館
参加費・受講料 ※必須	有
参加費・受講料ありの場合は入力	非会員5000円/コメディカル1000円
問合せ先 名称 ※必須	沖縄県〇〇〇〇研究会
担当者名 ※必須	事務 〇〇〇
問合せ先 郵便番号 ※必須	901-1105
問合せ先 住所 ※必須	沖縄県島尻郡南風原町字新川218-9
問合せ先 電話番号 ※必須	098-888-0087
問合せ先 FAX番号	098-888-0088
問合せ先 メールアドレス ※必須	tani@okinawa.med.or.jp
受講者人数	50
日医web研修システムの利用 ※必須	無
事前申込 ※必須	有
申込有の場合は申込み期日を入力	5 月 13 日(水)迄
申込有の場合は参加方法を入力	先着(受講予定人数まで)
受講対象者 ※必須	全ての医師
COI開示 ※必須	有

Web開催の場合は、
配信場所を記載してください。

<様式1>

※必須項目は全て記入してください。

※演題が複数ある場合は、このシートをコピー作成して申請してください。

講演日 ※必須	2026 年 5 月 15 日 (金)	
講演開始時間 ※必須	18:00	
講演終了時間 ※必須	19:00	
講演形式 ※必須	講演 (シンポジウム以外)	
講演形式が「講演 (シンポジウム以外)」の場合、赤色枠のみ全て記入ください。		
演題名 (テーマ)	〇〇〇〇〇 ~〇〇〇〇〇〇~	薬の商品名は使用不可。 一般名および有効成分は使用可能。
講師所属・肩書	〇〇〇病院 教授	
講師名	〇〇〇 〇〇	1時間/1.0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。
CC (日医生涯教育)	01 医師のプロフェッショナリズム	
単位 (日医生涯教育)	1.0	
講演形式が「シンポジウム・パネルディスカッション等」の場合、青色枠のみ全て記入ください。		
メインテーマ		
演題名 (テーマ)		
講師所属・肩書		
講師名		
CC (日医生涯教育)		
単位 (日医生涯教育)		