日本医師会生涯教育制度指定講習会申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

山 形 県 医 師 会 長　殿

下記の講習会を日本医師会生涯教育制度指定講習会として申請致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 講習会の名称 |  | | | | | | | | |
| 主 催 者 名  （共 催 者 名） |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 開 催 期 日 | 令和　　年　　月　　日（　） | | | | 時間 | | ：　～　: | | |
|
| 開 催 場 所 |  | | | | | | 単位数 | | 単位 |
| 内 容  講演の演題  及び講師名 |  | | | | | | | | |
| カリキュラムコード | ｺｰﾄﾞ | 項目 | | | | 単位 | | | |
|  |  | | | |  | | | |
|  |  | | | |  | | | |
|  |  | | | |  | | | |
|  |  | | | |  | | | |
|  |  | | | |  | | | |
| ＨＰへの広報掲載 | 希望する・希望しない | | 受講資格 |  | | 参加費 | |  | |
| 参加申込み必要の  有無 |  |  |  | | | | | | |
| 内容等について  の問い合わせ先 | 所属  住所　　〒  担当者名：　　　　　　　　　　TEL　　　　　－　　　　　－ | | | | | | | | |

＊講演内容について、欄内に記入できない場合はプログラム等を添付して下さい。

＊県医師会ＨＰへの広報掲載を希望する場合は、開催日の２週間前まで申請してください。

＊参加者名簿は指定の様式の参加者名簿を使用し、講習会終了後２週間以内にご提出ください。