

日本医師会生涯教育制度講習会開催申請書

講習会情報

申込日：令和 年 月 日

開催日時	(西暦) 年 月 日 () : ~ :
講習会名	
主催	
共催	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
講座種別	<input type="checkbox"/> 生涯教育
講習会等の形式別	<input type="checkbox"/> 座学 <input type="checkbox"/> その他 ()
開催場所・会場名	
WEB 配信の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> WEBのみ
対象者	<input type="checkbox"/> 医師のみ <input type="checkbox"/> その他 ()
参加費・受講料	<input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 有料
	() () 円
	() () 円
	() () 円
	() () 円
事前申込み	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 申込締切日 () ()
連絡・問合せ先 名称	<input type="checkbox"/> 主催 <input type="checkbox"/> 共催 <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡・問合せ先 担当者名	
連絡・問合せ先 郵便番号	—
連絡・問合せ先 住所	
連絡・問合せ先 電話番号	() —
連絡・問合せ先 FAX	() —
会報への掲載	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要

※記入欄はぬかりなくご記入ください。

演題情報 ○印は必須項目です

講演 1

開催日時	○	(西暦) 年 月 日 () : ~ :
CC (単位数)	○	単位 :
CC (単位)	○	CC : ()
演題名 (テーマ)	○	
演題に関する補足説明		
講師所属 (肩書き)	○	
講師名	○	
備考		

講演 2

開催日時	○	(西暦) 年 月 日 () : ~ :
CC (単位数)	○	単位 :
CC (単位)	○	CC : ()
演題名 (テーマ)	○	
演題に関する補足説明		
講師所属 (肩書き)	○	
講師名	○	
備考		

講演 3

開催日時	○	(西暦) 年 月 日 () : ~ :
CC (単位数)	○	単位 :
CC (単位)	○	CC : ()
演題名 (テーマ)	○	
演題に関する補足説明		
講師所属 (肩書き)	○	
講師名	○	
備考		

【注意事項】

※記入欄はぬかりなくご記入ください。

※申請されるすべての演題をご記入ください。記入欄が不足の場合はコピーしてください。

※各講演内容に対応したカリキュラムコードと単位を取得できます。

単位数について：講演時間 1 時間で 1 単位（最小 30 分 0.5 単位）とします。

カリキュラムコードについて：原則として 1 演題につき 1 つになります。2 演題（30 分+30 分）でも講演内容が同一の場合、または 1 時間以上の講演の場合についても、付与できるカリキュラムコードは 1 つのみになります。1 時間の講演に対して、2 つのカリキュラムコードを付与することはできません。

※申請は開催日の 1 ヶ月前までに提出してください。ただし、県医師会報へ掲載する場合は、開催日の 2 ヶ月前に申請してください。（演題名が未定・仮でも受付いたします。）

※報告書、出席者名簿はメール等にて送付いたしますので、会議終了後にご提出ください。

※案内チラシの添付をお願いいたします。

※本会生涯教育の開催と日程が重なった場合は申請の受理が出来かねる場合がございますのでご了承ください。

※申請書はメール、FAXでも受け付けいたします。申請後 3 日以内に受け取りの返答がない場合はお手数でございますが、高知県医師会事務局生涯教育係までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

【連絡先】 高知県医師会事務局 業務課 生涯教育係

Mail kochi-shogai@kochi.med.or.jp Tel(088)824-8366 Fax(088)824-5705