

日本医師会生涯教育講座 申請書

沖縄県医師会 殿

平成 30 年 4 月 2 日 (月)

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。

主催団体名: ○○○○○○○○○○

代表者氏名: □□□□□□□□ 印

開催日	平成 30 年 5 月 2 日 (水)	開催場所	沖縄県医師会館
名称	●●●●●●●●●●講演会		
主催	沖縄県医師会	共催	△△△△地区医師会
後援	□□□□地区医師会	形式	<input checked="" type="checkbox"/> 座学・□ ()
対象	<input type="checkbox"/> 医師・ <input checked="" type="checkbox"/> (医師、医療従事者)	参加費	<input type="checkbox"/> 有 () 円・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
事前申込	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 (4 月 28 日迄)・ <input type="checkbox"/> 不要	COI 開示有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
受付管理	<input type="checkbox"/> 開始受付のみ、 <input type="checkbox"/> 終了受付のみ、 <input checked="" type="checkbox"/> 開始+終了受付 (30) 分間		
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 gl@okinawa.med.or.jp	住所 南風原町字新川 218-9 担当者 ◇◇◇◇◇◇ FAX 098-888-0089	

プログラム

1	時間帯	18:00~20:00	C C	① 1 ② 2 ③ 3	単位	① 1.0 単位 ② 0.5 単位 ③ 0.5 単位
	講演名	*****について				
	講師所属	○○大学 教授	講師名	□□□□□□		
2	時間帯	20:00~21:30	C C	① 4 ② 5 ③	単位	① 0.5 単位 ② 1.0 単位 ③
	講演名	*****について				
	講師所属	○○病院 部長	講師名	□□□□□□		

認定番号 : _____