

日本医師会生涯教育講座 申請書

沖縄県医師会 殿

平成 年 月 日 ( )

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 年 月 日 ( )	開催場所	
名称			
主催		共催	
後援		形式	<input type="checkbox"/> 座学・ <input type="checkbox"/> ( )
対象	<input type="checkbox"/> 医師・ <input type="checkbox"/> ( )	参加費	<input type="checkbox"/> 有 ( 円)・ <input type="checkbox"/> 無
事前申込	<input type="checkbox"/> 必要 ( 月 日迄)・ <input type="checkbox"/> 不要	COI開示有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input 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 type="checkbox"/> 開始+終了受付 ( ) 分間		
問合せ先	郵便番号 施設(会社) TEL e-mail	住所 担当者 FAX	

プログラム

1	時間帯	: ~ :	C C	① ② ③	単位	① ② ③
	講演名					
	講師所属		講師名			
2	時間帯	: ~ :	C C	① ② ③	単位	① ② ③
	講演名					
	講師所属		講師名			

認定番号 : \_\_\_\_\_