**日本医師会生涯教育講座　申請書**

　沖縄県医師会　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日（　）

|  |  |
| --- | --- |
| 主催団体名： |  |
| 代表者氏名： |  | 印 |

　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開催日 |  | 開催場所（市町村） |  |
| 名称 |  | COI開示有無 | □ 有・□ 無 |
| 共催 |  | 後援 |  |
| 対象 | □ 医師 ・ □（　　　　　　　　） | 形式 | □座学　・□Web配信□その他（　　　　　　） |
| 事前申込 | □ 必要（　　月　　日迄）・□ 不要↳□会報へ申込QRコード掲載を希望する。※ | 参加費 | □ 有（　　　　　円）・□ 無 |
| 受付管理 | □ 開始受付のみ　・　□ 終了受付のみ　・　□ 開始＋終了受付(　　　)分間 |
| Web配信等の場合 | □ログイン・ログアウト状況を管理（□目視で確認・□アクセスログにて管理）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 問合せ先 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 郵便番号 |  | 住所 |  |
| 施設（会社） |  | 担当者 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| e-mail |  |

 |

※会報へ申込QRコード掲載を希望する場合は、開催日2か月前迄にメールにてQRコードのデータを送信ください

【送付先(生涯教育担当宛)：tani@okinawa.med.or.jp】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 時間帯 | :　　～　　: | CC |  | 単位 |  |
| 講演名 |  |
| 講師所属 |  | 講師名 |  |
| 2 | 時間帯 | :　　～　　: | CC |  | 単位 |  |
| 講演名 |  |
| 講師所属 |  | 講師名 |  |

**プログラム**

※申請する際は、申請書と講演会(研修会)のチラシ等を添えてご提出をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | 時間帯 | :　　～　　: | CC |  | 単位 |  |
| 講演名 |  |
| 講師所属 |  | 講師名 |  |
| 4 | 時間帯 | :　　～　　: | CC |  | 単位 |  |
| 講演名 |  |
| 講師所属 |  | 講師名 |  |
| 5 | 時間帯 | :　　～　　: | CC |  | 単位 |  |
| 講演名 |  |
| 講師所属 |  | 講師名 |  |
| 6 | 時間帯 | :　　～　　: | CC |  | 単位 |  |
| 講演名 |  |
| 講師所属 |  | 講師名 |  |