

日本医師会生涯教育講座(長崎県医師会承認講座)申請書

申請日： 年 月 日

長崎県医師会長 行き

申請者

印

月 日	平成 年 月 日 (曜日)	
時 間	: ~ : 迄	
講 座 名		
会 場 名 (所在地)		
内 容 (主な演題、 講師等)	単 位 (※1)	
主催、共催、 後援、世話人、 懇親会の有無等、 その他		
参 加 費	無料・有料 (円)	
研修に含まれる 内容 (※2)	①服薬管理 ②健康相談 ③介護保険 ④禁煙指導 ⑤在宅医療等 ※該当するものがありましたら○印で囲んでください。	
参加証作成枚数	() 枚 [受取先:]	
担当者・連絡先		

<注意事項>

- ※1. 内容に沿って、カリキュラムコードを30分ごとに付与し、カリキュラムコードの学習合計時間(単位)をご記入ください。1日の上限単位はありません。カリキュラムコードは、日医生涯教育カリキュラム<2016>に沿い、該当するカリキュラムコード(1~84)を選択下さい。
- ※2. 地域包括診療加算及び地域包括診療料の施設基準届出に必要な研修内容項目を参加証に付記するため該当するものがありましたら選択ください。
- ※3. 承認講座については、参加証を発行致しますので、講座当日参加者へ配布いただき、後日、出席者名簿を長崎県医師会(FAX095-844-1110)迄お送り下さい。

日本医師会生涯教育講座(長崎県医師会承認講座)申請書

長崎県医師会長 行き

●捺印箇所がございますので、必ず、申請書原本をご提出ください。
※原則、医会、演者、座長、などの関係者である医師からの申請・捺印をお願いいたします。

申請者

印

月 日	平成 年 月 日 (曜日)	
時 間	: ~ : 迄 ※会終了後の懇親会・情報交換会等の時間は含まずご記入ください	
講 座 名	会の名称をご記入ください。 ※商品名が入った講演会などは「 学術講演会 」とご記入下さい。	
会 場 名 (所在地)	開催場所の名称・住所・電話番号をご記入ください。	
内 容 (主な演題、 講師等)	<p>講演名、講師の所属施設、所属科(所属部署)、役職をご記入ください。 特別講演 + 一般演題複数という形であれば 「特別講演フル記入」+「ほか、一般演題〇題」とご記入ください。 (症例検討がある場合も同様) ※商品名が入る場合は、一般名で記入してください</p>	単 位 (※1)
	<p>開催団体が企業様のみでの申請はお受けできません。 ※必ず各種団体(～研究会、～部会、～医会など医師の集まりであるもの)との共催や後援を受けている形での申請をお願いいたします。もし上記のような形をとられていない場合は、長崎県医師会の「後援申請」(別紙)を行ってください。 単位申請書と併せて後援依頼申請書を長崎市医師会までお持ち下さい。 その後、担当理事にアポを取り会の趣旨をご説明のうえ、迅速に申請書をご提出いただいた後、理事会にて検討を行い承認となります。 ※約1ヵ月前提出</p>	
参 加 費	無料・有料 (円)	
研修に含まれる 内容 (※2)	①服薬管理 ②健康相談 ③介護保険 ④禁煙指導 ⑤在宅医療等 ※該当するものがありましたら〇印で囲んでください。	
参加証作成枚数	() 枚 [受取先:]	
担当者・連絡先		

<注意事項>

- ※1. 内容に沿って、カリキュラムコードを30分ごとに付与し、カリキュラムコードの取得合計時間(単位)をご記入ください。1日の上限単位はありません。カリキュラムコードは、日医生涯教育カリキュラム<2016>に沿い、該当するカリキュラムコード(1～84)を選択下さい。
- ※2. 地域包括診療加算及び地域包括診療料の施設基準届出に必要な研修内容項目を参加証に付記するため該当するものがありましたら選択ください。
- ※3. 承認講座については、参加証を発行致しますので、講座当日参加者へ配布いただき、後日、出席者名簿を長崎県医師会(FAX095-844-1110)迄お送り下さい。

申請日：28年4月〇〇日

(見本)

長崎県医師会長 行き

申請者 ○○○○医師会 印

月 日	平成 28 年 6 月 〇 日 (曜日)	
時 間	13:00 ~ 15:45 迄	
講 座 名	糖尿病診療研修セミナー	
会 場 名 (所在地)	長崎県医師会館 2F・講堂 (長崎市茂里町3-27、TEL095-844-1111)	
内 容 (主な演題、 講師等)	講演 1 (13:00~14:00・質疑10分含む) 糖尿病診療の最近のトピックス ○○○病院院長 ○○ ○○ 先生	単 位 (※1) CC76 (1 単位)
	講演 2 (14:00~15:00・質疑10分含む) 脂質異常症と高血圧 ○○○大学病院講師 ○○ ○○ 先生	CC74 (1 単位)
	パネルディスカッション (15:00~15:30) 症例から学ぶ脂質異常症治療ガイド 2013年版の活用法 ○○○○先生 ○○○○先生	CC75 (0.5 単位)
主催、共催、 後援、世話人、 懇親会の有無等、 その他	主催：長崎県医師会 共催：○○○○協議会、○○○○医会 懇親会あり	
参 加 費	無料・有料 (一 円)	
研修に含まれる 内容 (※2)	①服薬管理 ②健康相談 ③介護保険 ④禁煙指導 ⑤在宅医療等 ※該当するものがありましたら○印で囲んでください。	
参加証作成枚数	(100) 枚 [受取先：長崎県医師会]	
担当者・連絡先	○○○医師会 ○○太郎 TEL○○○○-○○-○○○○	

<注意事項>

- ※1. 内容に沿って、カリキュラムコードを30分ごとに付与し、カリキュラムコードの取得合計時間(単位)をご記入ください。1日の上限単位はありません。カリキュラムコードは、日医生涯教育カリキュラム<2016>に沿い、該当するカリキュラムコード(1~84)を選択下さい。
- ※2. 地域包括診療加算及び地域包括診療料の施設基準届出に必要な研修内容項目を参加証に付記するため該当するものがありましたら選択ください。
- ※3. 承認講座については、参加証を発行致しますので、講座当日参加者へ配布いただき、後日、出席者名簿を長崎県医師会(FAX095-844-1110)迄お送り下さい。