**日本医師会生涯教育講座(長崎県医師会承認講座)申請書**

（ver.1）

申請日：　　　年　　　月　　　日

長崎市医師会　　行き

申請者　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催日時 | 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 |  | | | |
| 開催場所  会場名 | 〒　　　　－ | | 会場電話番号：　　　－　　　－ | |
| 会場（建物）名： | | | |
| 会場住所：長崎市　　　　　　　町 | | | |
| 内　容  演　題  講　師  座長等 |  | | | 単 位 |
|  |
| 対象者 | * 医師 ・ □ その他〔 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | |
| 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 | 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： □ 長崎市医師会 ・ □ 長崎県医師会 | | |
| 事前申込 | * 不要 ・ □ 必要　申込締切日〔　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | |
| 担当者  連絡先 | 〒　　　　－  連絡先住所： | | | |
| 会社（または団体名）： | | | |
| 担当者名： | | | |
| 電話： | | Mail： @ | |