

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：平成 ○○年 ○○月 ○○日

長崎市医師会 行き

(記入例)

申請者 ○○○医院 山田 太郎 印

開催日時	平成 ○○年 ○○月 ○○日〔○曜日〕	
時間	13:00 ~ 15:45 迄 ※会終了後の懇親会・情報交流会等の時間は含まずご記入ください	
講座名	第1回 ○○医会 学術講演会	
開催場所 会場名	〒850-0057	会場電話番号：095-826-8000
	会場(建物)名：ホテルニュー長崎	
	会場住所：長崎市 大黒町 14-5	
内容 (演題 講師 座長等)	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 ○○年版の活用法 ○○診療所 ○○ ○○ 先生 長崎○○ネットワーク ○○ ○○ 先生	CC75(0.5単位)
対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 ・ <input type="checkbox"/> その他〔 〕	
主催/共催/後援 世話人/懇親会の 有無等、その他	主催：長崎○○疾患研究会 共催：○○○○協議会、○○○○医会、○○○ファーマ株式会社 懇親会あり	
参加費	<input type="checkbox"/> 無料 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有料〔開業医1,000円 研修医 無料〕	
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	〔 80 〕 枚	受取先： <input checked="" type="checkbox"/> 長崎市医師会 ・ <input type="checkbox"/> 長崎県医師会
事前申込	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 ・ <input type="checkbox"/> 必要 申込締切日〔 〕	
担当者 連絡先	〒850-1111 連絡先住所：長崎市 ○○町 1-1 ○○○ビル 3F	
	会社(または団体名)：○○○ファーマ株式会社 長崎営業所	
	担当者名：鈴木 健一	
	電話：080-1111-2222	Mail：kinyurei@kinyurei.ne.jp

<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)を選択してください。

- ※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してください。

- ※. 承認講座については、参加証を発行致しますので、講座当日に参加者へ配布いただき、後日、出席者名簿を長崎市医師会までFAXいただくか、コピーをご持参ください。
(長崎市医師会 FAX番号:095-818-5633)