**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： @ | |

Ｗｅｂ講習会は以下もご記入ください

【開催にあたっての注意事項】

①講習会終了後、芳名録として聴講者の医療機関名・氏名・聴講時間が記入されたものをご提出ください。

②講習会終了後、聴講者には「生涯教育講座参加証」をお渡しください。

　※そのために必要な住所は、貴社にてご確認（取得）ください。

　※長崎市医師会から名簿の提供はできません。

③個人でＷｅｂ講習会を聴講できない方への対応について

※日本医師会生涯教育制度は、後日、資料を送付してお読みいただく事後学習は認められていませんので、ご注意ください。

※３密にならない環境を備えた会場で、リアルタイムで聴講していただくことは認められています。

※会場等の準備は貴社にてお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **アプリ名**  **参加人数上限** | アプリ名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  参加人数上限（　　　　　　　　　）名 |
| **医療機関名・氏名・**  **聴講時間の確認方法** |  |
| **Ｗｅｂ講習会に関する**  **連絡先**  ※問合先が上記申請書の「担当者連絡先」と異なる場合はご記入ください。 | 会社（または団体名）：  担当者：  電話番号： |
| **個人でＷｅｂ講習会を　聴講できない方への対応** | 対応　（　　有　　・　　無　　　）  対応方法： |