**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：　令和　　　年　　　月　　　日

長崎市医師会　　様

申請者　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開催日時 | 令和　　　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 |  | | |
| 開催会場名  ※Webは発信場所 | 〒　　　　－ | 会場電話番号：　　　－　　　－ | |
| 会場（建物）名： | | |
| 会場住所：長崎市　　　　　　　町 | | |
| 内　容  時　間  演　題  講　師 |  | | 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 | ※令和3年8月1日申請受付分からは「参加証」の発行を中止します。 | | |
| 事前申込 | * 不要 ・ □ 必要　申込締切日時〔　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | |
| 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、以下もご提出ください

開催にあたっての注意事項

◆講習会終了後、1ヶ月程度を目途に聴講者（医師）をまとめた芳名録をご提出ください。

・通し番号　　　　　　　　　　　　　　　　※医師1名につき1番

・聴講者名（姓名）　　　　　　　　　　　※カタカナのみやアルファベット表記は不可

・所属医療機関名

・入室時間、退出時間

・座長・演者も入れる

・ログデータの形での提出は不可　　※受領いたしません。

◆日本医師会生涯教育制度は、後日、資料や画像をお渡しして事後学習で単位を取ることは認められていません。

◆以下のご案内にご協力をお願いいたします。

「長崎県医師会会員以外の先生で「参加証」が必要な場合は長崎県医師会（TEL.０９５-８４４-１１１１）へご連絡ください。個別に発行いたします。」

|  |  |
| --- | --- |
| **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： |
| **ホームページを見て、**  **案内状を持たない医師が視聴申込みをする方法** | 事前登録用ＵＲＬ  申込用メールアドレス  申し込みに必要な項目  その他 |