令和　　　年　　　月　　　日

　長崎市医師会長　　様

**日本医師会生涯教育講座[長崎県医師会承認講座]後援依頼書**

　　下記要領により、講演会を企画しております。

　　つきましては、長崎市医師会の後援をお願いいたしたいと存じますので、ご審議のほど

　　　よろしくお願いいたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |
| 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。 | | |
| 担当者  連絡先 | 〒　　　　－  連絡先住所： | | |
| 会社（または団体名）名： | | |
| 担当者名： | | |
| 電話： | Mail： | |