

医師会記入欄
 後援承認(TEL)
 県医連絡
 一覧追加
 MAMIS 登録

(ver.1.1)

日本医師会生涯教育講座(長崎県医師会承認講座)申請書

(見本)

申請日： 令和 ○年 ○月 ○日

長崎市医師会 様

申請者 ○○○ ○○○ 印

開催形式	<input type="checkbox"/> 会場 <input checked="" type="checkbox"/> web <input type="checkbox"/> ハイブリッド	情報公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開
開催日時	令和 ○年 ○月 ○日 [○曜日]		
時間	18:00 ~ 20:00 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	糖尿病診療研修セミナー		
開催会場名 ※Webは発信場所	〒 852-8532		会場電話番号：095-844-1111
	会場(建物)名：長崎県医師会 2F・講堂		
	会場住所：長崎市 長崎市茂里 町 3番27号		
内容 (時間 演題 講師)	講演1 (19:00~19:30・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 CC76(0.5単位)
	講演2 (19:30~20:30・質疑10分含む) 「脂質異常症と高血圧」 ○○○大学病院講師 ○○○○ 先生 パネルディスカッション (20:30~21:00) 「症例から学ぶ脂質異常症治療ガイドの活用法」 ○○○○先生 ○○○○先生		単位 CC74(1単位) CC75(0.5単位)
対象者	<input type="checkbox"/> 医師 ・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 [医師、看護師、薬剤師]		
主催/共催/後援 世話人/懇親会の 有無等、その他	主催：○○○○研究会 共催：○○○○○製薬株式会社 懇親会あり		
参加費	<input type="checkbox"/> 無料 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有料 [会員外：1000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。		
事前申込	<input type="checkbox"/> 不要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 必要 申込締切日時 [○月○日 16時まで]		
担当者 連絡先	〒 ○○○-○○○ 連絡先住所：○市○○町○番○号		
	会社(または団体名)：○○○○製薬株式会社		
	担当者名：○○ ○○○		
	電話：080-○○○○-○○○○	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。」

<p>Web講習会に関する 連絡先</p> <p>※問合せ先が上記申請書の 「担当者連絡先」と異なる 場合はご記入ください。</p>	<p>会社(または団体名) : ○○○○製薬株式会社</p> <p>担当者 : ○○ ○○○</p> <p>電話番号 : 080-○○○○-○○○○</p>
<p>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</p>	<p>事前登録用URL https:// ○○○○○○○○○○○○○○○</p> <p>申込用メールアドレス ○○○○○○○○○@~</p> <p>申し込みに必要な項目 医療機関名、氏名、職種、メールアドレス</p> <p>その他 現地参加は申込不要</p>