

共通講習申請書

平成 年 月 日

一般社団法人日本形成外科学会
専門医生涯教育委員会委員長 殿

申請者氏名 _____ (印)

申請者所属 (施設) _____

申請者所属 (施設) 住所 _____

申請者E-mail _____

※受講証データ等を送る連絡先になります。

下記講演 (演題) を、専門医共通講習として申請いたします。

記

学術集会名 (会期)	(平成 年 月 日 ~ 月 日開催)
会長名	
講演種別	※特別講演、招待講演、ランチョンセミナーなど記載してください。
共催企業名	※共催のない場合は【無し】と記載してください。
日時	平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分
会場名及び住所	
講師名 勤務先 (診療科)	
講演名	
講演種別 [左記より該当に○]	医療安全・感染対策・医療倫理・保険医療・臨床研究/臨床試験 医療事故・医療法制・医療経済・その他 (指導医講習会を含む)
講演内容	
講師証明書 発送先 [希望者のみ]	〒

※スポンサードセミナーは共催企業名の欄に企業名を記載してください。

(企業の製品名等が入っている講演名は認定がありませんので、ご注意ください)

※30,000円の登録料は認定され次第、振込先をご連絡いたします。

※申請書は開催の3か月前までに提出してください。(期限厳守をお願いします)

※講師が下記に該当しない場合は【略歴とサマリー】を一緒に提出してください。

(1)大学の助教以上、研修施設勤務の医長、部長、院長 (2)開業医においては上記職歴経験者

(3)他科の講師および外国人講師は(1)および(2)に準ずる。

※講師証明書 (講習単位) の付与を希望する場合は、[講師証明書発送先]に希望の送り先を記入してください。