

# 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  
形成外科領域専門医委員会委員長 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

申請者所属（施設） \_\_\_\_\_

申請者所属（施設）住所 \_\_\_\_\_

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。
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]	〒

※ランチョンセミナーの場合は企業名を記入の上、共催か否かについても講演種別の欄に記載をしてください。  
(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。

※利益相反開示報告書の提出が必須となりますので、必要書式をダウンロードの上事務局までお送りください。

※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。