**共通講習申請書**

　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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） | （　　　　　　　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 | 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 |
| 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おりませんので、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。（期限厳守でお願いします）

**※講師が医師以外の場合は【略歴とサマリー】を一緒に提出してください。**

（但し、外国人講師は 【略歴とサマリー】の提出を免除いたします）

**※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。**