

# 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 \_\_\_\_\_ (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)	( 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。