**形成外科領域講習申請書**

　　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、形成外科領域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） |
|
| 会長名勤務先（診療科） |  |
| 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。 |
| 開催日時 | 　　　　　　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。**