

形成外科領域講習申請書

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 _____ ⑩

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）	(平成 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	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。

※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。