分 医 発 第 3 6 1 号
平成28年11月10日

各　　位

大分県医師会
学術部長　吉　賀　　攝

日本医師会生涯教育制度　指定申請書・出席者名簿、
申請方法の変更について

平成28年3月10日付 事務連絡にて「指定申請書」の様式を変更いたしましたが、今般、日本医師会への申告方法変更に伴い、指定申請書・出席者名簿の様式および本会への申請方法を下記のとおり再度変更致します。

かかる変更は、本制度の厳格化と事務処理の迅速化を図るものです。各位におかれましては大変お手数をかけることになり、申し訳ございませんが、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

尚、医籍登録番号・生年月日等は一度ご提出いただければ２回目以降は提出する必要はございません。

①別添の指定申請書にすべて入力の上、可能な限りデータのメール送信にてご提出ください。

②出席者名簿の提出につきましては、原則手書き原本での提出をお願いしておりましたが、今後は可能な限りデータのメール送信にご協力ください。

③今回より日医システムでの登録となる都合上、会員・非会員とも医籍登録番号が、非会員においては名前のふりがな、生年月日も必須項目となっておりますので、ご協力のほどお願いいたします。

④申請書および出席者名簿送付の専用メールアドレスを新設致しましたので専用アドレスへお送りください。

◆専用メールアドレス◆ shinsei@oita.med.or.jp

⑤添付の指定申請書・出席者名簿は本会ホームページよりダウンロードしてご利用ください。

（問合先）大分県医師会庶務課　☎(097)532－9121

（記入例）

平成 28 年 11 月 1 日

大分県医師会長　殿

申請者 所　属　大分県医師会 庶務課
氏　名　○○ ○○○
電話番号　097－532－9121

指 定 申 請 書

日本生涯教育制度の単位取得の講演会として申請致します。

研修会情報

開催日時		2016/11/13	10:00 ～ 12:30	※その他の時間を選択した場合 ～
開催日数		1日		
研修会名		臼杵市医師会立病院創立50周年記念講演会 第79回大分県医学会		
主　催		臼杵市医師会		
共　催		大分県医師会		
企業共催有無		無		
開催場所	都道府県	大分県		
	会場名	臼杵市中央公民館　大ホール		
事前申込みの有無		有		
連絡・問い合わせ先	団体名・会社名	大分県医師会		
	責任者名	庶務課　○○		
	郵便番号	870－8563		
	住　所	大分市大字駄原2892番地の1		
	電話番号	097－532－9121		
会報・HP		（　）大分県医師会報会報へ掲載不要 ※○がなければ掲載致します。		
		（　）大分県医師ホームページへ掲載不要 ※○がなければ掲載致します。		
後　援		後援については研究会等の共催の場合にのみ後援いたします。 ※大分県医師会の後援が必要な場合は別途申請書が必要です。		

演題情報

開催時間		10:30 ～ 11:00		※その他の時間を選択した場合 ～		
カリキュラムコード	①	9. 医療情報	0.5 単位	②		単位
	③		単位	④		単位
	⑤		単位	⑥		単位
演題名（テーマ）		「うすき石仏ねっと紹介」				
講師所属（肩書き）		臼杵市医師会　医療福祉統合センター　センター長 臼杵市医師会立コスモス病院　副院長				
講　師　名		舛友　一洋				

※共催の場合の責任者氏名は、医師に限ります。
※演題数が2つ以上ある場合、「別Sheet」へコピーしてご利用下さい。
※大分県医師会ホームページ掲載で承認確認をして下さい。（連絡不要）
注）プログラム添付必須。（講演会等の内容を明記したプログラムを合わせてご提出ください。）
注）終了後、速やかに出席者名簿を提出下さい。（名簿の記載は医師のみでお願いします。）

平成　28　年　　月　　日

大分県医師会長　殿

申請者　所　属

氏　名

電話番号

指　定　申　請　書

日本生涯教育制度の単位取得の講演会として申請致します。

研修会情報

開催日時			～	※その他の時間を選択した場合　～
開催日数				
研修会名				
主　催				
共　催				
企業共催有無				
開催場所	都道府県			
	会場名			
事前申込みの有無				
連絡・問い合わせ先	団体名・会社名			
	責任者名			
	郵便番号			
	住　所			
	電話番号			
会報・HP		（　　）大分県医師会報会報へ掲載不要 ※○がなければ掲載致します。		
		（　　）大分県医師ホームページへ掲載不要 ※○がなければ掲載致します。		
後　援		後援については研究会等の共催の場合にのみ後援いたします。 ※大分県医師会の後援が必要な場合は別途申請書が必要です。		

演題情報

開催時間		～		※その他の時間を選択した場合	～	
カリキュラムコード	①		単位	②		単位
	③		単位	④		単位
	⑤		単位	⑥		単位
演題名（テーマ）						
講師所属（肩書き）						
講　師　名						

※共催の場合の責任者氏名は、医師に限ります。
※演題数が2つ以上ある場合、「別Sheet」へコピーしてご利用下さい。
※大分県医師会ホームページ掲載で承認確認をして下さい。（連絡不要）
注）プログラム添付必須。（講演会等の内容を明記したプログラムを合わせてご提出ください。）
注）終了後、速やかに出席者名簿を提出下さい。（名簿の記載は医師のみでお願いします。）

医師
（会　員）

日本医師会生涯教育適合学術集会

1）日　時：　平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分

2）講演会名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3）開催者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4）場　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医籍登録番号 ＊必須項目	氏　　名 ＊必須項目	所属郡市医師会	医療機関名

H28.11.1～

医師
（非会員）

日本医師会生涯教育適合学術集会

1）日　時：　平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分

2）講演会名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3）開催者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4）場　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊全項目記入必須

医籍登録番号	氏　　名	フリガナ	生年月日（西暦）

H28.11.1～

医 師（会員）

日本医師会生涯教育適合学術集会

1）日　時：　平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分

2）講演会名：

3）開催者：

4）場　所：

5）テーマ：

6）カリキュラムコード：　例：認知症（1時間）、服薬管理（30分）の場合

CC	CC名	単位数	CC	CC名	単位数
29	認知能の障害	1			
73	慢性疾患・複合疾患の管理	0.5			

医籍登録番号 ＊必須項目	氏　　名 ＊必須項目	所属郡市医師会	医療機関名

医 師（非会員）

日本医師会生涯教育適合学術集会

1）日　時：　平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分

2）講演会名：

3）開催者：

4）場　所：

5）テーマ：

6）カリキュラムコード：　例：認知症（1時間）、服薬管理（30分）の場合　　＊全項目記入必須

CC	CC名	単位数	CC	CC名	単位数
29	認知能の障害	1			
73	慢性疾患・複合疾患の管理	0.5			

医籍登録番号	氏　　名	フリガナ	生年月日（西暦）