

大分県医師会長 殿

申請者 所属

氏名

## 指 定 申 請 書

日本医師会生涯教育制度の単位取得の講演会等として申請いたします。

学術講演会等 名 称	第 回		
開 催 日 時	平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
講 演 時 間	分 * 講義時間の合計	単 位 数 (30分0.5単位 /上限5単位)	単 位
カリキュラムコード (30分1CC 例:43/動悸)	症例報告のため、会終了後、出席者名簿提出の際、事後報告します。		
責 任 者 (問合先)	所属・勤務地 氏 名  <b>共催の場合の責任者氏名は、医師に限ります。</b>		
開 催 場 所			
出 席 予 定 数	名		
会 報 ・ H P	( )大分県医師会会報掲載不要 * がなければ掲載致します ( )大分県医師会ホームページ掲載不要 * がなければ掲載致します		
申請承認連絡	大分県医師会ホームページに掲載で承認了解とする。(連絡不要)		

以下についてはプログラム等参考資料の添付に記載があれば不要です

学 習 内 容	
演 題 名	
講 師 名	
開 催 者	主 催 ・ 共 催 主催の場合(団体名または主催者名・所属を記載) 共催の場合(研究会名等と共催者名を列記)
後 援	後援については研究会等と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。

注) 終了後、速やかに出席者名簿を提出してください(名簿の記載は医師のみでお願いします)。

