

日本医師会・鹿児島県医師会 生涯教育講座申請書

申請日：令和 年 月 日

鹿児島県医師会長 殿

	単位
--	----

申請団体名

開 催 日 時	令和 年 月 日 曜日 : ~ :		
講 習 会 名	※Webの場合は講習会名の後に(Web講習会)と記載してください		
主 催 者 名			
共 催 者 有 無	無 ・ 有	共催者名	
企 業 共 催 有 無	無 ・ 有	企業名	
後 援 有 無	無 ・ 有	後援者名	
講 習 会 等 の 形 式 別	<input type="checkbox"/> 座学 <input type="checkbox"/> Web講習会 <input type="checkbox"/> ハイブリッド形式(座学+Web)		
開催場所 (※Web講習会の場合は主な配信場所)	会 場 名		
	郵便番号	—	
	住 所		
	電話番号	— —	
対 象 者	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 限定 ()		
参 加 費	<input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 有料または一部有料 円		
事 前 申 込 み	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要		
連 絡 ・ 合 先	団 体 ・ 会 社 名 等		
	担 当 者 名		
	郵便番号	—	
	住 所		
	電話番号	— —	
	メ ー ル ア ド レ ス		
県医ホームページ等への 問合せ先掲載について	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (主催・共催者等の名称のみ掲載致します)		
COI (利益相反) 開示有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

【演題1】

時	間	:	~	:	
演	題	名			
カリキュラムコード			CC	単位	
講	師	肩	書		
講	師	名			

【演題2】

時	間	:	~	:	
演	題	名			
カリキュラムコード			CC	単位	
講	師	肩	書		
講	師	名			

【演題3】

時	間	:	~	:	
演	題	名			
カリキュラムコード			CC	単位	
講	師	肩	書		
講	師	名			

【演題4】

時	間	:	~	:	
演	題	名			
カリキュラムコード			CC	単位	
講	師	肩	書		
講	師	名			

【演題5】

時	間	:	~	:	
演	題	名			
カリキュラムコード			CC	単位	
講	師	肩	書		
講	師	名			

【演題6】

時	間	:	~	:	
演	題	名			
カリキュラムコード			CC	単位	
講	師	肩	書		
講	師	名			