ＦＡＸ：０９５２－３７－１４３４（佐賀県医師会事務局　業務課　行）

日本医師会生涯教育制度単位付与申請書

（佐賀県医師会員外の医師用）

　佐賀県医師会非会員で単位取得を希望される方は、本様式を講演会終了後２週間以内に佐賀県医師会宛てＦＡＸでお送り下さい。

　本会にて「日本医師会研修管理システム」に出席情報を登録いたします。

　なお、システム登録時における個人の特定のため、全項目をご記入くださいますよう、お願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日時 | 　　　　　年　　　　月　　　　日（　　）　　　：　　　～　　　：　　　 |
| 講習会名 |  |
| （ふりがな）氏　　名 |  |
| 医籍登録番号（６桁） |  |
| 生年月日（西暦） | 　　　　　　　　　　年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 |
| 連絡先電話番号 |  |
| E-mail |  |

 ※本申請をもって全国医師会研修管理システムへ登録を行いますが、受講確認できない等不都合がございましたらE-mailにてご連絡いたしますので必ずE-mailアドレスをご記載下さい。また申請用紙の受領のご連絡は致しませんので、何かございましたらお問合せ下さい。

〒840-0054　佐賀市水ケ江一丁目12番10号

佐賀県医師会事務局　業務課（佐古・林）

TEL 0952-37-1414　FAX 0952-37-1434

Ｅ-mail：staff-sako＠saga.med.or.jp