令和　　年　　月　　日

　佐 賀 県 医 師 会 長　殿

　 　 　 　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主催者名

　　 　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　印

「日医生涯教育制度認定講座」の認定申請について

１．講　座　名

２．日　　　時　　　令和　　年　　月　　日（　 ）　　：　　～　　：

３．会　　　場

４．内　　　容（演題・講師役職・講師・座長名、各講義の開始・終了時間（質疑応答を含む）を記載のこと）

５．当該認定講座における取得希望単位数（※講習時間１時間で１単位とし、１日の上限は設けない）

　　（　　　　）単位

６．カリキュラムコード（※１カリキュラムコードの付与は１演題につき１つまでとし、最短30分（0.5単位）の演題に対して、講演内容に対応した１カリキュラムコードを指定することができる）

　　※（カリキュラムコード・取得単位）順に記載してください。

例えば、１時間30分の講習会で内容が糖尿病（カリキュラムコード：76）関係だった場合、（76・1.5）となります。

　　※カリキュラムコードは講演（プログラム）順に記載してください。

　　（　　・　　）（　　・　　）（　　・　　）（　　・　　）（　　・　　）（　　・　　）

７．共催、後援、協賛社の有無

　　□有 （種別：共催 後援 協賛 その他〔 〕）　　　□無

　　　　 （会社名： ）

８．佐賀県肝疾患検診医療提供体制指定研修会及び佐賀県医師会推薦医療機関制度関連講座の指定申請

　　（該当項目にチェック下さい）

　□佐賀県肝疾患検診医療提供体制指定研修会　□佐賀県医師会推薦糖尿病医療機関制度関連講座

　□佐賀県医師会推薦アスリート診療医療機関制度関連講座

９．受講者参加確認方法（インターネット回線を介した講習会（Ｗｅｂ講習会）の場合は、該当項目にチェック下さい）

　　□Ｗｅｂ講習会会場へ参加者がログインしたことを運営側により画面上で確認し、スクリーンショット等にて記録等を行う。

　　□Ｗｅｂ講習会会場へのログインログ等を取得することで確認する。

　　□（少人数の場合）ＴＶ会議システムのビデオ通話形式にて、参加者の参加を直接確認する。

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

10．講座に関する問合先（住所、氏名、TEL、FAX、E-mail等）