

日本医師会生涯教育講座開催申請

申請日：2020年●月●日

*が付いている項目は必須入力です。

※申請者欄にメーカー等を入力されると申請の受理が
できかねますので、ご注意ください。

申請者	* 団体名 : ●●●医会 * 代表者名 : ●●●医会の代表者を入力ください。
* 申請内容	<input checked="" type="radio"/> 本会への共催申請 <input type="radio"/> 日医生涯教育講座の申請 (本会共催なし) ①本会 (京都府医師会) への共催申請 + 日医生涯教育講座単位・CCを申請する場合は、「本会への共催申請」を選択ください。 ②日医生涯教育講座単位・CCのみ申請する場合は、「日医生涯教育講座の申請 (本会共催なし)」を選択ください。
* 開催日時	開始 : <input type="text"/> <input type="text"/> 時 - <input type="text"/> 分 ~ 終了 : <input type="text"/> <input type="text"/> 時 - <input type="text"/> 分 (挨拶、製品紹介の時間は除いて入力してください。)
* 講習会名	<input type="text"/>
* 主催者名	「申請者欄」の「団体名」を入力ください。
* 共催 (医会・地区医) 有無	共催 (企業以外) がある場合は、「有」にチェックの上、共催団体を入力ください。 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (共催名 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)
* 企業共催 有無	共催企業がある場合は、「有」にチェックの上、入力ください。(複数ある場合は「、」で区切って入力ください) <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (企業名 <input type="text"/>)
* 後援団体 有無	後援団体がある場合は、「有」にチェックの上、入力ください。(複数ある場合は「、」で区切って入力ください) <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (団体名 <input type="text"/>)
* 講習会等の 形式別	<input checked="" type="radio"/> 座学 <input type="radio"/> その他 (<input type="text"/>)
開催場所	WEBまたは、ハイブリッド形式で開催する場合、「Web講習会の開催にあたるWEB申請の注意点」の例の通り入力ください。 * 会場名 : <input type="text"/> 階・室名 : <input type="text"/> 郵便番号 : 〒 <input type="text"/> (ハイフンで区切って入力してください。) 住所 : <input type="text"/> 電話番号 : <input type="text"/> (ハイフンで区切って入力してください。)
* 対象者	<input checked="" type="radio"/> 医師のみ <input type="radio"/> その他 (<input type="text"/>)
* 参加費	<input checked="" type="radio"/> 無料 <input type="radio"/> 有料 <input type="text"/> <input type="text"/> 円 (例)都道府県医師会 員 10000円 <input type="text"/> <input type="text"/> 円 (例)非会員 12000円 <input type="text"/> <input type="text"/> 円
* 事前参加 申込	<input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 必要 (申込締切日 : <input type="text"/> <input type="text"/>)
連絡 問合せ先	* 団体名・会社名 : <input type="text"/> * 担当者名 : <input type="text"/> * 郵便番号 : 〒 <input type="text"/> (ハイフンで区切って入力してください。) * 住所 : <input type="text"/> * 電話番号 : <input type="text"/> (ハイフンで区切って入力してください。) FAX番号 : <input type="text"/>

(ハイフンで区切って入力してください。)

* メールアドレス : (半角英数字文字で入力してください。)

* COI開示有無 無 有

* 受付管理 開始受付のみ 終了受付のみ 開始+終了受付 () 分間

* 開始日時 : 時 分 ~

* 終了日時 : 時 分

会場名 :

階・室名 :

* カリキュラムコード/単位 :

講演1

[講演追加](#)

* 演題名 (テーマ) :

(仮題の場合は最後に (仮) と入力してください。)

演題に関する補足説明 :

* 講師所属 (肩書き) : * よみがな :

* 講師名 :

(講師が複数の場合は備考欄に入力してください。)

備考 :

* 添付ファイル (プログラム・案内状等)

選択されていません

備考 (参加予定者数・連絡事項等)

※WEBまたは、ハイブリッド形式で開催する場合、「Web講習会の開催にあたるWEB申請の注意点」の例の通り入力ください。