

※生涯教育委員長の押印は必要ありません。

令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日

山 梨 県 医 師 会 長 殿

申請団体名 主催者（企画責任団体）を記入してください。
代表者氏名 印

山梨県医師会生涯教育講座認定申請書

下記（学会・講演会・研究会）の認定をお願いいたしたく申請いたします。

1.	会 名 称	第 5 0 回 ○○研究会				製品名が含まれるものは不可。		
2.	日 時	令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日（水曜日） 19 : 00 ~ 20 : 00 まで						
3.	開 催 形 式	座学 ・ WEBのみ ・ ハイブリッド いずれかに○をしてください						
4.	開 催 場 所	(会場名・配信場所) 山梨県医師会館 (階・室名) 1階 講堂 (住 所) 〒 XXX-XXXX 山梨県○○市○○1-1 (TEL) 055-XXX-XXXX						
5.	講 演 の 内 容 演題名 講師 時間(分) 単位数 カリキュラムコード	演題①	オーバードーズについて			時間	カリキュラム コード	単位
		講 師	製品名が含まれるものは不可。 一般名は可。			60	11	1
			○○病院 院長 ○○ ○○先生					
		演題②	※ 1 演題ごと 1 時間(学習時間)につき 1 単位とし、 カリキュラムコードの付与は演題ごとに 1 つです。					
		講 師						
		演題③				時間	カリキュラム コード	単位
		講 師						
6.	対 象 者	医師、薬剤師、医療関係者等						
7.	共 催 (製薬会社単独での 開催は不可)	○○医師会／株式会社○○製薬 ※製薬会社単独での開催は単位付与対象となりません。						
8.	連 絡 先	(所属機関) ○○医師会／株式会社○○製薬等 (担当者名) 担当者様氏名 (住 所) 〒 XXX-XXXX 山梨県○○市○○1-1 (TEL) XXX-XXXX-XXXX						

*なお、単位とカリキュラムコードを明記したプログラムを添付して下さるようお願いいたします。