

※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
代表者氏名 **主催者（企画責任団体）を記入してください。** 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 の 名 称	第50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○01-1-1 (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。 ○○病院 院長 ○○ ○○先生	60	11	1
		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。			
		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) 株式会社○○製薬 (担当者名) 担当者様氏名 (住 所) 〒 XXX-XXXX 山梨県○市○01-1-1 (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。