|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日  **殿**  　　　　　　　　　　　申請団体名  　　　　　　　　　　　代表者氏名  　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 |  | | | |
| ２. | 日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　曜日）  　　　　　　　　　　　　：　　　～　　　：　　　まで | | | |
| ３． | 開催形式 | 座学　　・　　ＷＥＢのみ　・　ハイブリッド | | | |
| ４. | 開催場所 | （会場名・配信場所）　　　　　　　　　　　　　　　　 （階･室名）  （住所）〒  （ＴＥＬ） | | | |
| 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  講　師 | 時間 | ｶﾘｷｭﾗﾑｺｰﾄﾞ | 単位 |
|  |  |  |
| 演題②  講　師 | 時間 | ｶﾘｷｭﾗﾑｺｰﾄﾞ | 単位 |
|  |  |  |
| 演題③  講　師 | 時間 | ｶﾘｷｭﾗﾑｺｰﾄﾞ | 単位 |
|  |  |  |
| ６. | 対象者 |  | | | |
| ７. | 共催  （製薬会社単独での開催は不可） |  | | | |
| ８. | 連絡先 | （所属機関）  （担当者名）  （住所）〒  （ＴＥＬ） | | | |

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

