|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 山 梨 県  医師会長 | 山梨県医師会  副 会 長 | 生涯教育  委 員 長 | 局　長 | 次 長 | 課　長 | 主　任 | 主 事 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日  **殿**  　　　　　　　　　　　申請団体名  　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　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. | 開催場所 |  | | | |  | | |
| 時間 | ｶﾘｷｭﾗﾑｺｰﾄﾞ | 単位 |
| ４. | 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 | | | |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 演題②  講　師 | | | |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 演題③  講　師 | | | |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ５. | 対象者 |  | | | | | | |
| ６. | 共催  （製薬会社等） |  | | | | | | |
| ７. | 連絡先 |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 決　　　　定 | | | 適 | 回答月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 否 | 理　　由 |  | | | |
| 備　　　　考 | | |  | | | | | |

**＊講演が３演題以上の場合は、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。**

