

令和5年7月1日

鳥取県医師会長 様

記入例

各種医会・団体学会市町村支部 講演会・講習会等の代表者（県医師会員）

鳥大医 太郎 印

日本医師会生涯教育制度における単位及びカリキュラムコードについて（申請）

今般、下記講習会を企画いたしましたので、日本医師会生涯教育制度における単位及びカリキュラムコードについて申請いたします。

記

申請内訳 ○印	<input checked="" type="checkbox"/> *事前申請	<input type="checkbox"/> *事後申請希望	(終了後)⇒	<input type="checkbox"/> *事後申請
講習会等名称	第〇△回 山陰▽□研究会・懇話会			
主催	〇▽□△学会・×〇〇×製薬(株)			
地区医師会後援の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	
開催日時	令和5年 〇 月 × 日 (土) 9時00分～17時00分まで			
会場・開催地	「 〇□▽ホテル △×〇の間 」 (米子) <input checked="" type="checkbox"/> 市 町			
参加資格	(<input checked="" type="checkbox"/>) 医師であれば誰でも参加可 () 制限あり			
参加予定者数	約 50名 うち、医師の出席は <input checked="" type="checkbox"/> 1/2以上 or 1/2以下			
参加費	<input checked="" type="checkbox"/> 無料 ・ 有料 (円)			
*プログラム	別紙参照	懇親会の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無	
当該講習会等における単位（演題毎に1時間で1単位、最小単位は30分で0.5単位） (1日の上限なし) _____ 3 _____ 単位				
カリキュラムコード（略称；CC）（演題毎に1つ）及び演題名（又は番号で示すこと） ※内容に対応した、演題毎のカリキュラムコードの指定が必要です。				
CC	(11)	(60)	(82)	
演題名	【特別講演Ⅰ】	【ランチョンセミナー】	【特別講演Ⅱ】	
[連絡先]				
所属：鳥取大学医学部XXXX分野（XXX運営事務局）				
事務担当者：鳥大医 二郎				
住所：〒683-XXXX 米子市△△町 XXX番地のXX				
電話番号 0859-XX-XXXX FAX番号 0859-XX-XXXX				
メールアドレス jirou-tori□○@▽▽.tori.co.jp				
備考：				

*「事後申請希望」の場合は、終了後改めて「cc」を記入の上「事後申請」としてご提出下さい。