

小山地区医師会学術講演会 共催等承認申請書

申請日：令和4年5月10日

小山地区医師会長 様

申請者	団体・会社名等	*****
	担当者名	*****
	住所	〒000-0000 栃木県**市**町1-2-3 *****ビル 2階
	電話番号/FAX番号	000-000-0000 / 000-000-0000
	メールアドレス	*****@***.com

講演会名		第10回 *****研究会							
開催日時		令和**年**月**日(木) 19時00分～20時30分							
主催者・共催者名		小山地区医師会・*****会社							
講習会等の形式別		講座 ※一般的な講演形式は『講座』を選択。WEB講座の場合はツール名(Zoom等)も記							
開催場所	会場名	小山グランドホテル ※WEB講座の場合は主な配信場所を記載							
	階・室名	2階・華厳の間							
	郵便番号	323-0827							
	住所	栃木県小山市神鳥谷202							
	電話番号	0285-24-5111 有料の場合は内容を記入してください。							
対象者	その他(医療従事者)						COI開示の有無を選択してください。		
参加費	有料(医師 1,000円 / その他 500円)						不明な場合は「無」で結構です。		
参加申込	不要				COI(利益相反)開示有無		有		
受付管理	開始+終了受付								
栃医新聞・HP掲載	必要				DM用会員宛名ラベル		不要 ・ 必要		
演題名1		講演(学習時間)		カリキュラムコード				単位数	
講師(所属先・役職名・氏名)		開始時間	終了時間	(各カリキュラムコード毎に申請)					
「産後のメンタルケア漢方」 〇〇病院 院長 〇〇 〇〇 先生		19:00	19:30	83				0.5	
演題名2		講演(学習時間)		カリキュラムコード				単位数	
講師(所属先・役職名・氏名)		開始時間	終了時間	(各カリキュラムコード毎に申請)					
「進化した混合型インスリン治療」 〇〇〇大学 内分泌代謝内科 教授 〇〇 〇〇 先生		19:30	20:30	76				1	
演題名3		講演(学習時間)		カリキュラムコード				単位数	
講師(所属先・役職名・氏名)									
※演題欄が足りない場合は、別紙をご使用ください。									
備考(連絡事項等) ※申請者と連絡先が異なる場合もこちらにご記入ください。		※申請者欄に記載の電話番号は、栃医新聞・ホームページに問合せ先として掲載し 問合せ先が別の場合は担当者名と併せてこちらに記入してください。							
事務局 使用欄	事務局長	担当	請求日	領収日	県医申請	県医承認	受付番号	承認連絡	出席者報告