

日本医師会生涯教育講座出席者名簿(医師)

① 受付No.	21000 <small>日本医師会生涯教育講座認定申請書(栃木県医師会使用欄)の受付No.を記載してください。</small>
② 会の名称	*****研修会
③ 開催日時	令和**年**月**日(木) 19:00~21:00
④ 開催場所	とちぎ健康の森 1階 大会議室
⑤ 主(共)催者名	栃木県医師会

■出席者一覧

例1 参加者全員がすべての講義に参加した場合

申請書どおりであれば省略可です。
(空欄でも構いません)

No.	医籍登録番号	氏名	氏名(カナ)	所属医療機関名	性別	所属都市	受講時間	CC	単位
1	000000	栃木 太郎	トチギ タロウ	とちたろクリニック	1	宇都宮	19:00-21:00	11,72	2
2	999999	宇都宮 花子	ウツノミヤ ハナコ	みや病院	2	宇都宮	19:00-21:00	11,72	2
3	909090	下野 次郎	シモツケ ジロウ	下野第一診療所	1	小山	19:00-21:00	11,72	2

不明な場合未記入で結構です。
(受付で確認する必要はありません)

男性=1,女性=2で入力してください。

不明な場合未記入で結構です。

例2 遅刻・早退などにより一部の講義を受けられなかった者がいる場合

No.	医籍登録番号	氏名	氏名(カナ)	所属医療機関名	性別	所属都市	受講時間	CC	単位
1		栃木 太郎	トチギ タロウ	とちたろクリニック	1	宇都宮			
2		宇都宮 花子	ウツノミヤ ハナコ	みや病院	2	宇都宮			
3		下野 次郎	シモツケ ジロウ	下野第一診療所	1	小山	20:00-21:00	72	1

※黄色の欄は必須項目です。
空欄または誤りがあると正しく単位が付与できない可能性がありますので
できる限り正しい情報を記入いただきますようお願いいたします。

遅刻・早退などにより受講時間が異なる方は
必ず記入してください。(受講できなかった講義
の単位は取得できません。)