

(様式1)

日医師生涯教育制度 認定講座申請書

平成28年〇〇月〇〇日

岐阜県医師会長 殿

地域医師会名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

申請者名 \_\_\_\_\_ 印

下記講座を『日医師生涯教育制度対象講座』として認定していただきますよう申請いたします。

|           |  |
|-----------|--|
| 講演会の名称    | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇講演会  |
| 開催日時      | 平成29年4月1日(土) 13時00分 から 16時00分まで  |
| 会場        | 岐阜県医師会館6F「大会議室」  |
| 主催者名・共催者名 | 岐阜県医師会   |
| 予定参加者数    | 100名   |
| 受講対象者     | 参加者に制限がある場合は、「岐阜県医師会報」「岐阜県医師会ホームページ」に講演会案内を掲載することが出来ません。【どちらかに〇印を記して下さい。<br>・制限されている <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">・制限されていない</span> |
| 連絡先       | 郵便番号・住所：〒500-8510 岐阜市藪田南3-5-11<br>施設(会社)：岐阜県医師会 担当人名：□□ □□<br>電話番号：058-274-1111 FAX番号：058-271-1651<br>メールアドレス：gifumed@gifu.med.or.jp   |

プログラム

| 講義内容(テーマ・役職名・講師名)                         | 講義時間   | 学習単位<br>30分0.5単位 | CCコード<br>30分:1選択可能 | CC単位<br>30分:0.5単位 |
|---|--------|------------------|--------------------|-------------------|
| 〈例1〉テーマ「脂質異常と糖尿病」<br>〇〇〇大学〇〇〇学部〇〇教授 □□ □□ | 1時間    | 1.0              | 76<br>糖尿病          | 1.0               |
| 〈例2〉テーマ「在宅医療」<br>〇〇〇クリニック院長 □□ □□         | 30分    | 0.5              | 80<br>在宅医療         | 0.5               |
| 〈例3〉テーマ「認知症と多職種連携」<br>〇〇〇病院〇〇部長 □□ □□     | 1時間30分 | 1.5              | 29<br>認知能の障害       | 1.5               |
| 合計  | 3時間00分 |                  | —                  | 3.0               |

認定番号 \_\_\_\_\_