年　　月　　日

日本プライマリ・ケア連合学会

鹿児島県支部事務局 御中

申請者(氏名・所属)：

TEL： E-mail：

**研修会報告書**

日本プライマリ・ケア連合学会鹿児島県支部との共催で開催した研修会は、下記のように終了しました。専門医・認定医更新単位付与の手続き一式をお願いいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催研修会名称 |  | |
| 開催者 |  | |
| 開催日時 | 平成　　　年　　　月　　　日（ 　曜 ）から  平成　　　年　　　月　　　日（ 　曜 ）まで　　　　日間  開始時刻：　 時 分より  終了時刻：　 時 分まで | |
| 開催場所名称　　　(開催方法)　住所 | 〒  出席人数　　 　 名、（他職種の参加：　可　・　否　） | |
| 開催内容 | ＊本表には研修会の内容の概略や全体の雰囲気、参加者の感想などを記載してください | |
| ＊受講者名簿 | 別紙参照 | 受講会費　無料・有料（ 　円） |

＊参加証を配布した参加者の氏名一覧と一緒に事務局までメールでお送りください。