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：

**研修会共催申請書**

下記研修会を私達（主催）　　　　　　　　　と日本プライマリ・ケア連合学会鹿児島県支部との共催と、医師・薬剤師認定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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出席予定人数　　 　 名　（他職種の参加：　可　・　否　） |
| 開催内容演題講師研修内容研修時間（分） | 別紙プログラムのとおり　　　＊本表には概略を記載してください「演題名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」[所属・役職 　　　 　 ] 氏名 　 　 　　　　 [所属・役職 　 　　 　 ] 氏名 　 　 　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　分（質疑応答を含む）  |
| 日本医師会生涯教育制度カリキュラムコード取得の有無　：　有 ・ 無 ・ 申請中 |

**＊研修会のポスターも一緒にお送りください**

**＊全国・九州・鹿児島県支部会員へのメーリングリスト配信を希望される場合は、**

**別紙「メーリングリスト配信希望」をお送り下さい。**

＊研修会開催について、日本プライマリ・ケア連合学会の定期発行物に同封されています、ニュースレター（活動報告書）への掲載の可否について、下記にチェックをお願い致します。

　[ ] 　掲載可　　　　[ ] 　掲載不可

＊web会議で開催する場合、下記にチェックをお願い致します。

　[ ] 　JPCA鹿児島県支部のZoomアカウント使用を申請します。

　[ ] 　その他web会議システムで開催します（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）