新専門医制度　ⅱ専門医共通講習　認定申請書

公益社団法人　日本小児科学会

小児科領域専門医委員会（中央資格認定委員会）委員長　殿

※申請地区を○で囲んでください　北海道・東北・関東・中部・近畿・中四国・九州

申請団体名：

責任者氏名：　　　　　　　　　　　　　㊞

【問い合わせ先】

　　担当者氏名：

TEL：　　　　　　　　　FAX：

Email：

新専門医制度の研修単位ⅱ専門医共通講習1単位として認可していただきたく、プログラム等を添えて申請いたします。

※更新基準3pを参照の上、対象となる講習会を○で囲んでください。

1.医療安全講習会・2.感染対策講習会・3.医療倫理講習会4.その他( )

記

1.研修集会の名称：

2.研修集会の開催日：　　　年　　月　　日（　）　　会場名：

3.世話人・会長又は会頭名：

（所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

4.申請講演の演者名：

（所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

5.申請講演の演題名：

概要を簡潔に記入してください

共通講習として妥当と判断できる根拠を簡潔に記入してください

6.申請講演時間：　　　　：　　　～　　　　：　　　　　（　　　　　分）

7.開催地（開催地の都道府県名を記載）：

8.確認事項：□本申請研修集会案内（日程、講師等が確認できるもの）又は内容記載プ 　　　ログラムを添付している（どちらもない場合は過去プログラムを添付）

□企業共催はない（企業のサンプル配布等も不可）

□講演は1時間以上

（質疑応答を含む。シンポジウムは可、症例報告は不可。）

□開催月の3か月前の25日（必着）までに申請している

□クローズドの会（院内及び学内職員のみを対象とした講演）ではない

※8.確認事項は全て**必須項目**です。□にチェックを入れてください。