

FAX : 03-3946-6295

別紙

日本医師会 医事法・医療安全課 行
(※定員になり次第締切ります。予めご了承ください。)

平成 30 年度 死体検案研修会 (基礎) 受講申込書
【平成 30 年 9 月 24 日 (月・振休) 開催】

申込日：平成 30 年 月 日

基本情報 及び 受領証の送信先

※すべての項目にもれなくご記入ください。
申込み受付け後、数日中に FAX または Email にて
【申込み受領証】を送信します。

医籍登録番号 (6桁)					
フリガナ					
氏名					
所属(医療)機関名					
診療科/部署/役職					
所在地(都道府県)			都道		
			府県		
電話番号	()		—		
受領証 送信先	FAX	()		—	
	(又は) Email アドレス			@	

「修了証」の送付先

※カリキュラムを全て受講し、修了要件を満たしたと判定された方には、
後日(年度内別途)、修了証を発行します。
お受取りが可能な送付先をご記入ください。

送付先	〒	—
所属(医療)機関/部署	※勤務先への送付を希望される方のみご記入ください。	
電話番号	()	—

日本医師会生涯教育制度 単位取得について

※本研修会の受講により、日本医師会生涯教育制度
6単位の取得が可能です。(但し、希望者のみ)
カリキュラムコード：9(1.5単位)、12(4.5単位)

希望する

希望しない

[希望する]に✓した方は、以下の必要事項をご記入ください。

性別	男性	・	女性
医師会加入の有無	会員	・	非会員
※日本医師会に限らず都道府県・郡市区医師会のみへの加入の場合も「会員」を選択してください。			
会員の場合 所属の医師会名	都道 府県医師会		郡市 区医師会

※個人情報の取り扱いについて

ご記入いただいた個人情報および修了者名簿は、以下の目的以外には一切使用しません。

- ①本研修会および日本医師会生涯教育制度に係る業務
- ②都道府県医師会・郡市区医師会との情報共有