摘要欄（医師会用）

第36回日本医師会主催「指導医のための教育ワークショップ」

確認書・参加希望申込書

　私は、以下のすべての事項に承諾し、第36回日本医師会主催「指導医のための教育ワークショップ」への参加を希望します。

１．２日間すべての内容に参加できること。

２．基本的なパソコンの使い方に加え、メールの送受信、OSやソフトのインストール・アップデート、Word、Excel、PowerPointの使用に十分慣れていること。

３．本ワークショップは、「医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針」（平成16年3月18日付け医政発第0318008号厚生労働省医政局長通知）に基づき開催されることについて了解すること（特に16時間以上の講習が義務付けられていることに留意されたい）。

　　●上記開催指針については、以下サイトを参照のこと。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000068462.html

年　　　月　　　日

氏　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ：  氏　　名： | | 性別： | 年齢： |
| 医療機関名： | | 役職： | 診療科： |
| メールアドレス： | | | |
| （事務担当者名・メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  参加可否のメールをCCでご連絡します。参加希望者と連絡が取れない場合に備えて、できるだけ記載してください。 | | | |
| 日医会員：　会員　・　会員外 | 都道府県または郡市区医師会：　会員　・　会員外 | | |
| 受講理由：・臨床研修制度における指導医要件  ・学会専門医制度における指導医の認定・更新  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 臨床研修の指導医講習会の受講歴：　有（主催者名：　　　　　　　　　）　　・無 | | | |

※参加を希望される方は、上記事項に承諾・入力のうえ、栃木県医師会にお申込みください。

※記入されたメールアドレス宛に、１月17日（水）に参加の可否のメールをお送りします。未着の場合、必ずご連絡ください。

※workshop@po.med.or.jp　からご連絡します。受信できるよう設定してください。

※代理で申込みされる場合、必ず参加希望者本人から上記事項の承諾を得てください。