第34回日本医師会主催「指導医のための教育ワークショップ」

摘要欄（医師会用）

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34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。

【オンライン開催となった場合は、１．および２．に加え以下の要件を満たす必要があります。】

３．パソコン（Windows、Mac）での参加を必須とし、スマートフォン、タブレットでの参加は不可とすること。

４．回線切断時の復旧作業など、一定程度のPCトラブルに対処できること。

５．ネットワーク環境が整っていること（有線LANを推奨、無線LANの場合は十分な電波強度があることなど）。

６．ZOOMによる双方向会議の利用経験があり、ZOOMの基本的な使用方法を理解していること。

７．本ワークショップの録画について同意いただくこと。

※録画映像は、本会におけるワークショップの記録として保存するとともに、報告書に掲載する写真画像として用います。

年　　　月　　　日

氏　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ：  氏　　名： | | 性別： | 年齢： |
| 所属： | | 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・記名のうえ、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参加の可否の連絡とワークショップの資料等を送付します。メールアドレスはわかりやすく丁寧に記載してください。

※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。