

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」 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。