

第 33 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 33 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：	性別：	年齢：
氏 名：		
所属：	役職：	診療科：
メールアドレス：		
日医会員： <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 会員外	都道府県または郡市区医師会： <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 会員外	
受講理由： <input type="checkbox"/> 臨床研修制度における指導医要件 <input type="checkbox"/> 学会専門医制度における指導医の認定・更新 <input type="checkbox"/> その他 ()		
臨床研修の指導医講習会の受講歴： <input type="checkbox"/> 有 (主催者名：) <input type="checkbox"/> 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。