

第39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39回日本医師会主催「指導医のための教育ワークショップ」(2027年1月30日(土)・31日(日)開催)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：	性別：	年齢：
氏 名：		
医療機関名：	役職：	診療科：
メールアドレス：		
(所属医療機関の事務担当者名・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がありますので、原則としてご記載ください。		
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・入力の上、案内のあった医師会にお申込みください。

※word ファイルへの直接入力としてください(判読困難な場合が多いため、手書きによる申し込みは受け付けません)。

※入力されたメールアドレス宛に、2026年12月2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。