

教育研修講演認定申請書

平成 年 月 日

日本手の外科学会 理事長殿
日本手の外科学会 教育研修カリキュラム委員会委員長殿

下記の要領で研修講演を開催致したいと存じますので、ご検討のうえ、日本手の外科学会の教育研修講演として認定下さいませようお願い申し上げます。

代表者
(主催者) 印

① 会の名称									
②	代表者名 (主催者)								
③	開催日・時間	平成 年 月 日 () 曜日		時 分 ~ 時 分					
④	会場名	開催地 (都道府県 市)				会場収容人数 名			
④	演題	講師の持時間 年 月 日 () 曜日 () 分		午前 時 分 ~ 午前 時 分 午後 午後					
	講師	職名		氏名					
⑤	教育研修講演 希望単位	単位	受講証明必要数	カリキュラムに定める項目 (いずれかに○をつけてください)					
			枚	1	2	3	4	5	6
				7	8	9	10	11	12
⑥	受講料	1単位 円							
⑦	連絡先	氏名				受講希望者から 要・否 (○印) 事前の申し込みの			
	住所	〒 都道府県							
	大学・病院名 電話番号	() ー 内線 ()							
⑧	*認定番号	*		*		* 受付			

注: (1) *印は記入不要です。 (4) 演題複数の場合は④⑤に記入せず全演題を別紙にまとめて記入のこと。
(2) 代表者(主催者)は日本手の外科学会の会員の方が原則です。 (5) カリキュラムに定める項目は規則を参照して下さい。
(3) 講師の資格について:原則として日手会の評議員または大学の
講師以上および同等以上の資格を有すること。講師略歴、講演要旨は提出不要。 [簡易書留でお送り下さい]

規定により開催日から3ヶ月以内のものは受理できませんのでご注意ください。
(認定申請書および添付書類は他の書類と一緒にせず単独でお出し下さい。)