

FAX：03-3946-6295

日本医師会 医事法・医療安全課 行
(※定員になり次第締切ります。予めご了承ください。)令和元年度 死体検案研修会（基礎）受講申込書
【令和元年 10月20日（日）開催】

申込日：令和元年 月 日

基本情報 及び 受領証の送信先

※すべての項目にもれなくご記入ください。
申込み受付け後、数日中に FAX または Email にて
【申込み受領証】を送信します。

医籍登録番号 (6桁)					
フリガナ					
氏名					
所属(医療)機関名					
診療科/部署/役職					
所在地(都道府県)					都道 府県
電話番号	()		—		
受領証 送信先	FAX	()	—		
	(又は) Email アドレス			@	

「修了証」の送付先

※カリキュラムを全て受講し、修了要件を満たしたと判定された方には、
後日（年度内別途）、修了証を発行します。
確実に受け取れる送付先をご記入ください。

送付先	〒	—
所属(医療)機関/部署	※勤務先への送付を希望される方のみご記入ください。	
電話番号	()	—

日本医師会生涯教育制度 単位取得について

※本研修会の受講により、日本医師会生涯教育制度
6単位の取得が可能です。（但し、希望者のみ）
【カリキュラムコード：9(1.5単位)、12(4.5単位)】 希望する 希望しない

[希望する]に✓した方は、以下の必要事項をご記入ください。

性別	男性	・	女性
医師会加入の有無	会員	・	非会員
会員の場合 所属の医師会名	都道 府県医師会		郡市 区医師会

※日本医師会に限らず都道府県・郡市区医師会のみへの加入の場合も「会員」を選択してください。

※個人情報の取り扱いについて

ご記入いただいた個人情報および修了者名簿は、以下の目的以外には一切使用しません。

- ①本研修会および日本医師会生涯教育制度に係る業務 ②都道府県医師会・郡市区医師会との情報共有