|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 都道府県小児科医会主催研修会の  日本小児科医会HPへの案内掲載申請書 | | | | | |
| ※1；当てはまる選択肢全てに✔を入れて下さい。  ※2；オンデマンド配信の場合のみご記入下さい。  ※3；講師欄は、「氏名（所属先）」でご連絡下さい。 | | | | | |
| 医会名 |  | | | | |
| 研修会名 |  | | | | |
| 開催方法※1 | □ 現地開催　　□ LIVE配信　　□ オンデマンド配信 | | | | |
| 現地開催 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日（　　） | | | | |
| 日時 | 開始時刻　　　　：　　　　～　終了時刻　　　　： | | | | |
| LIVE配信 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日（　　） | | | | |
| 日時 | 開始時刻　　　　：　　　　～　終了時刻　　　　： | | | | |
| オンデマンド | 配信開始　西暦　　　　年　　　月　　　日（　　）、　開始時刻　　　　： | | | | |
| 配信期間※2 | 配信終了　西暦　　　　年　　　月　　　日（　　）、　終了時刻　　　　： | | | | |
| 参加費 | 円（備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 演題① | 演題） | | | | |
|  | （開始時間） | ： | （終了時間） | ： | |
|  | 演者）※3 | | | | |
| 演題② | 演題） | | | | |
|  | （開始時間） | ： | （終了時間） | ： | |
|  | 演者） | | | | |
| 演題③ | 演題） | | | | |
|  | （開始時間） | ： | （終了時間） | ： | |
|  | 演者） | | | | |
| リンク先URL |  | | | | |
| 申請者  （連絡先） | （氏名） | | | | |
| （ご役職） | | | | こちらには都道府県小児科医会のご役職をご記入下さい。 |
| （メールアドレス） | | | | |
| 取得可能な研修単位 | （申請中のもの含め全て記載して下さい） | | | | |
|  | | | | |
| 提出先）公益社団法人　日本小児科医会事務局　FAX（03）6435-9331　　Mail　info@jpa-office.org | | | | | |
| ※日本小児科医会は開催案内を日本小児科医会会員に紹介します。開催に関する一切の責は都道府県小児科医会にお願いします | | | | | |