

抗菌化学療法指導医 地域セミナー開催申請書  
(指導医の更新時のみ必修)

※受付番号： \_\_\_\_\_  
※記入しないで下さい。

1. 申請者は指導医に限る
2. 1枚の申請書で、複数名の申請が可能（代表者に○をすること）
3. 開催日、場所、時間、研修内容を明記したプログラムを添付すること
4. 申請書は開催1箇月前迄に提出のこと
5. 参加者のセミナー参加単位は2単位とする。参加票を希望の場合は枚数を記入のこと。

申請日	年 月 日		
申請者 1.	㊟	指導医番号	F—
申請者 2.	㊟	指導医番号	F—
申請者所属・連絡先 (複数の場合は代表者のみ)	住所：〒 施設名： 電話番号： E-mail：		
施設長の署名 (ゴム印でも可)	氏名	公印	

開催計画

名称			
テーマ			
開催日 (開催時間)	年 月 日 ( 時～ 時)		
開催場所	会場名： 開催地：		
参加予定人数	約 名	参加票必要枚数	枚
※報告書提出日	※記入しないで下さい。		