

教育研修会開催通知

一般社団法人

年 月 日

日本リウマチ学会理事長殿

同 専門医制度委員会委員長殿

下記の要領でリウマチ学に関する研修会を開催致したいので、ご検討のうえ日本リウマチ学会の教育研修会として承認くださいますようお願い申し上げます。

代表者

印

会 の 名 称			
① 代 表 者 名 (所 属)			
② 開 催 日・時 間	平成 年 月 日()曜日 時 分～ 時 分		
③ 会 場 名	所在地 ()		
④ 演 題 講 演 時 間	月 日 時 分 ～ 時 分 (時間 分) 演題が複数ある場合はプログラムを添付してください。		
	所属名 :	氏名 :	
	役職名 :		
⑤ 単 位 取 得 証 明 書	希望枚数 枚 (参加予定数 人)		
⑥ 教 育 研 修 会 希 望 単 位	単 位 (1 単位/1 時間・最大 1 日 3 単位とする)	⑥ 単 位 申 請	円 (1 単位/1,000 円)
⑦ 連 絡 先	氏 名		
	住 所	〒 電話番号 — — 内線 () E-mail :	

*教育研修会の承認を受けようとする場合は、研修会開催の3ヶ月前までに日本リウマチ学会事務局に提出してください。なお、講演者がリウマチ学会員でない場合は略歴と講演抄録を添付下さい。

一般社団法人 日本リウマチ学会研修会認定書

年 月 日

認定番号

—

殿

上記教育研修会を日本リウマチ学会教育研修会として【 】単位認定しますので
よろしくお願ひいたします。

一般社団法人

日本リウマチ学会理事長

同 専門医制度委員会委員長