

一般社団法人日本手外科学会認定
教育研修講演認定 申請書

年 月 日

一般社団法人日本手外科学会
理事長 殿
カリキュラム委員会委員長 殿

下記要領で研修講演を開催したいと存じます。
日本手外科学会の教育研修講演として、ご検討のうえ認定下さいますようお願い申し上げます。

代表者 (主催者)

印

会 名 称		
代表者 (主催者)		
開催日 ・ 時間	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
開催方法	現地開催 ・ WEB開催(ライブ配信) ・ WEB開催(オンデマンド)	
会 場	会場名 (開催地 都・道・府・県)	収容人数 名
演 題 名 (2 講演以上は別紙 をご利用ください。)	講演時間 時 分 ~ 時 分 (分) 演題名に「肘関節」、「手外科」、「手」、「指」、「上肢の機能再建および基礎研究」等の手外科領域に関連したものであることが分かるようにタイトルを明記してください。手外科領域との関連を示せないタイトルの場合には手外科との関連を示す 100~200 字程度の要旨を添付してください。	
講師の資格：日手会専門医、大学講師同等以上 (の経歴)、臨床教授、非常勤教授、関連学会評議員を原則とする。		
氏名	役職	
勤務先		
<他学会でのご役職等について：* 下記情報につきましてもご解答ください>		
	学会	理事 ・ 監事 ・ 代議員 (評議員)
連絡先	氏 名	
	住 所	〒
	勤 務 先	
	電 話 番 号	
	e-mail	

代表者は原則日手会会員の方に限ります。

- ・簡易書留もしくはレターパックでお送りください。
- ・開催日から3ヶ月以内のものは受理できません。

事務局使用欄	