医療情報技師育成部会　医療情報技師更新対象研究会申請書 　　　別紙様式１ ver.20201014

（注意）

　１．申請書１枚につき医療情報技師更新対象研究会として申請できるのは１つです。

　　　学術大会とチュートリアル等複数ある場合は、各々申請してください。

　　　※チュートリアルとは、医療情報学連合大会または日本医療情報学会春季学術大会に併設されている

　　　　研究会（チュートリアル）のことです。"

　２．受講証の発行は必須です。必ず、参加者に渡してください。

　３．学会・研究会終了後には事務局まで受講証発行者一覧を送付してください。

　　　※受講証発行者一覧をご送付いただけない場合は、次回以降ポイントのつく学会にご申請いただいても

　　　　ポイントの付与はできかねますのでご了承ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会議名称 |  | | | | | | | | | |
| 主催者 |  | | | | | | | | | |
| 開催日時 | ｸﾘｯｸするとｶﾚﾝﾀﾞｰが開きます | | | から | | ｸﾘｯｸするとｶﾚﾝﾀﾞｰが開きます | | | | まで |
| 開始時刻　　　　時　　　分 | | | から | | 終了時刻　　　　時　　　分 | | | | まで |
| **＊開催日付はカレンダーより選択してください。開始終了時刻は入力ください** | | | | | | | | | |
| 開催場所 |  | | | | | **※開催地の都道府県名または、オンライン開催の場合は“WEB開催”とご記入ください。** | | | | |
| 情報掲載  ＵＲＬ |  | | | | | | | | | |
| 連絡方法 | 電話 |  | | | | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | | |
| 担当者氏名 |  | | | | | | | | |
| 日本医療情報学会との  関わり | あり | なし | | | | **※左記のうち何れかを○で囲んでください** | | | | |
| ありの場合 | **日本医療情報学会・支部会共催の場合、各事務局へ共催許可の手続きを先に済ませてからご申請ください** | | | | | | | | |
| 学会主催 | 学会共催・協賛・後援 | | | | | | | **※左記のうち何れかを○で囲んでください** | |
| 支部会主催 | 支部会共催・協賛・後援 | | | | | | |
| 日本医療情報学会が社員または会員 となっている団体等が主催する研究会 | | | | | | | |
| 参加費の  有無 | あり | なし | | | | | **※左記のうち何れかを○で囲んでください** | | | |
| ありの場合 | 円 | | | | | **※左記に参加費ご記入ください** | | | |
| 研究会  主要内容 |  | | | | | | | | | |
| 添付文書 | 研究会概要 | | あり | | なし | | | **※添付文書がある場合は「あり」を**  **○で囲んでください** | | |
| 領収書もしくは参加証の例 | | あり | | なし | | |
| 医療情報関連のプログラム | | あり | | なし | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | |

医療情報技師育成部会　記入欄・返信欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  | | |
| 決定日 |  | | |
| イベントコード |  | 参加ポイント数 | ポイント |
| 公開日時 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局 | 住　所 | 〒113-0033　東京都文京区本郷2-17-17　井門本郷ビル2階 | | |
| 電　話 | 03-3811-4167 | メールアドレス | point-info@jami.jp |

別紙様式２

受講証発行者一覧

発行日：　　　　　年　　　月　　日

研究会名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定証番号 | 氏名 | 会社名（施設名称） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

別紙様式３

【主催者等の名称を入力】

【**研究会名を記入**】

**受講証**

**認定証番号：**

職場名：

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

貴殿は【　主催者名　と　開催名　】

に出席されたことを証明します。

期日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

場所：＊＊＊＊

＊＊＊＊＊研究会

　代表世話人

　　　＊＊＊＊病院

　　　　院長　＊＊＊＊＊　　　　　　印

日本医療情報学会医療情報技師更新制度　＊単位認定学術集会