

西暦 20 年 月 日

認定医・指導医制度「単位付与認定講習会」認定申請書

公益社団法人 日本臨床栄養学会

臨床栄養指導医認定委員会 委員長 殿

申請団体名：

責任者氏名：

⑨

【問い合わせ先】

担当者氏名：

TEL：

FAX：

Email：

貴学会の認定医・指導医制度「単位付与認定講習会」として認定していただきたく、プログラム等を添えてここに申請いたします。

記

1.研究会の名称：

2. 研究会の開催日： 年 月 日（ ）
会場名：

3.世話人・会長又は会頭名：
(所属：)

4.申請研究会で臨床栄養学に関わる主な演題名：

概要を簡潔に記入してください

[]

5.開催地（開催地の都道府県名を記載）：

- 6.確認事項：☐本申請研究会案内（日程、講師等が確認できるもの）又は内容記載プログラムを添付している（どちらもない場合は過去プログラムを添付）
☐企業共催の有無 無 有（有の場合は次に主な共催企業を記載）
()
☐研究会の実施時間は2時間以上である
(質疑応答を含む。シンポジウムは可、症例報告は不可。)
☐開催月の2か月前の25日（必着）までに申請している
☐クローズドの会（院内及び学内職員のみを対象とした講演）ではない

確認事項は全て**必須項目**です。☐にチェックを入れてください。

付与単位数は委員会審議で決定いたします。

企業共催で、営利目的と思われる研究会は、単位付与ができない場合もあります。