

講習会当日

- ※ 1 出席者名簿を作成し、当日の出席者を確認して下さい。
- ※ 2 講習会当日は出席者の**医籍登録番号・生年月日の確認が必須です。**
- ※ 3 医師会非会員・福岡県外会員で単位付与を希望される受講者については、単位付与申請用紙をお渡し下さい。



②

医籍登録番号
氏名（フリガナ）
生年月日
を確認して下さい。

③

日本医師会生涯教育講座 単位付与申請用紙

医師会非会員 ・ 県外会員

受講した下記日本医師会生涯教育講座の単位付与について、申請いたします。

開催日時	年 月 日 () : ~ :
講習会名	
氏名	
医籍登録番号	
生年月日 (西暦)	年 月 日
電話番号	
メールアドレス	

※本申請をもって全国医師会研修管理システムへ登録を行います。登録確認できない等不都合がございましたらメールにてご連絡いたしますので必ずメールアドレスをご記載下さい。また申請用紙の受領のご連絡は致しませんので何かございましたらお問合せ下さい。

講習会開催後

本会で全国医師会研修管理システムへ受講者の登録を行います。開催後は速やかに受講実績入力フォームに受講者を入力し、本会総務課宛てにメールにてデータを提出して下さい。

(福岡県医師会総務課メールアドレス：fpma-somu@fukuoka.med.or.jp)

※名簿送付時には、本文に講習会の開催日時と講習会名の記載をお願いします。

名称	整理番号	医師以外フラグ	医籍登録番号	氏名	フリガナ	所属	生年月日	性別	都道府県医師会コード	都道府県医師会名	都
形式	半角数字	半角数字	半角数字	全角	全角カナ	基本全角 半角混在可	日付 YYYY/MM/DD	半角数字	半角数字	基本全角 半角混在可	
桁数	4	1	10	128	128	128	10	1	2	20	
内容	1~9999	未使用	医籍登録番号(4桁~6桁)	漢字氏名	フリガナ(全角カナ)	所属施設名(勤務先名)	西暦を用いて10桁で入力してください。 YYYY/MM/DD形式	1:男性、 2:女性	所属の都道府県医師会コードを入力してください。	入力不要	所属の都道府県医師会コードを入力してください。 指定の主権者IDを使用してください。(「主権者マスター」シートを参照ください)
備考	(ファイル内で)1から連番で採番してください。	※入力不要です。 空欄としてください。	医籍登録番号を入力してください	姓と名の間には、全角スペースを1つ入れてください。 (半角スペース2つは不可)	カナ姓とカナ名の間には、全角スペースを1つ入れてください。 (半角スペース2つは不可)	不明の場合、空欄としてください。		または2を入力してください。	※入力不要です。 空欄としてください。	指定の:ください。 指定の:ください。 見)シー	

※入力必須項目※

- ① 整理番号
- ② 医籍登録番号
- ③ 氏名
- ④ フリガナ
- ⑤ 生年月日
- ⑥ 性別
- ⑦ 都道府県医師会コード(福岡県は40)
- ⑧ 受付方法

