**別紙1**

平成　　　年　　　月　　　日

一般社団法人　日本消化器内視鏡学会

理事長　田尻久雄　殿

**ライブ教育セミナー開催予定　事前申請書**

　　　　　　　　　　　　研究会名称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開催責任者氏名：　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| ①開催期間 | 年　　月　　日　（　）　　00：00～00：00  　　　　　　　　　　　　　　　～  年　　月　　日　（　）　　00：00～00：00 |
| ②開催責任者 | 所属施設名：  氏名：  （会員番号：　　　　　内視鏡専門医番号：　　　　　　）専門医取得年月日：　　　年　　月　　日  ライブデモストレーター回数　　　回 |
| ③開催場所 |  |
| ④ライブ中継実施施設 | 施設名：  （指導施設番号：　　　　　） |
| ⑤予定患者数 | 人 |
| ⑥参加予定人数 | 医師：　　　　人 |
| ⑦テーマ |  |
| ⑧実演予定者 | 1．氏名：  （会員番号：　　　　　内視鏡専門医番号：　　　　　　）  医師賠償責任保険は加入済みであるか。　　　済　／　未  2．氏名：  （会員番号：　　　　　内視鏡専門医番号：　　　　　　）  医師賠償責任保険は加入済みであるか。　　　済　／　未  3．氏名：  （会員番号：　　　　　内視鏡専門医番号：　　　　　　）  医師賠償責任保険は加入済みであるか。　　　済　／　未  4．氏名：  （会員番号：　　　　　内視鏡専門医番号：　　　　　　）  医師賠償責任保険は加入済みであるか。　　　済　／　未  5．氏名：  （会員番号：　　　　　内視鏡専門医番号：　　　　　　）  医師賠償責任保険は加入済みであるか。　　　済　／　未  ※医師賠償責任保険への加入は必須となります。 |
| ⑨前年実績あれば  （セミナー名、参加人数等） |  |