**別紙1**

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人　日本消化器内視鏡学会

理事長　田中　信治　殿

**ライブ教育セミナー開催予定　事前申請書**

セミナー名称：

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：　　　　　　）指導医資格※1：　有　／　無医師賠償責任保険※2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：　　　　　　）指導医資格※1：　有　／　無医師賠償責任保険※2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：　　　　　　）指導医資格※1：　有　／　無医師賠償責任保険※2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：　　　　　　）指導医資格※1：　有　／　無医師賠償責任保険※2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：　　　　　　）指導医資格※1：　有　／　無医師賠償責任保険※2は加入済みであるか。　　済　／　未 |
| ➈助成金希望額 | 　　　　　　　　　　　　　　円（前年度助成額：有（　　　　　　　　　円）　／　無 |
| ⑩余剰金の有無 | 有（　　　　　　　　　　円）　／　無 |
| ⑪前年実績あれば（セミナー名、参加人数等） |  |

※1資格を有しない者（海外招聘者を含む）については、主催者による推薦理由を別途ご提出ください。

※2医師賠償責任保険への加入は必須となります。