

士会承認研修会のマイページ上からの申請時の注意点

申請内容の確認や否認された場合の修正期間なども鑑みて、開催1週間前までに申請をお願いします。

研修会の内容がわかるように申請をお願いします。

「セミナー概要」もしくは「講義内容」に以下のような内容を記載してください。

- ・講師の職種
- ・形式（座学、実技、座学と実技など）
- ・研修会開催の背景や研修会の到達目標など

【講義内容】に
・講師の職種
・形式(座学、実技、座学と実技など)
・研修会開催の背景や研修会の到達目標などを必ず記入してください。

問い合わせ先

認定・専門研修部長 木勢峰之（秀和総合病院）

kise_mineyuki@shuuwa-gh.or.jp

士会承認症例検討会のマイページ上からの申請時の注意点

申請内容の確認や否認された場合の修正期間なども鑑みて、開催1週間前までに申請をお願いします。

症例検討会の内容がわかるように申請をお願いします。

「セミナー概要」もしくは「講義内容」に以下のような内容を記載してください。

- ・神経系、運動器系、内部系の領域が判別できる疾患名（診断名）
- ・具体的な症例検討のテーマ・内容

症例検討会申請入力

申請情報

| | |
|------|----|
| 申請区分 | 開催 |
|------|----|

セミナー情報

| | |
|----------|---|
| 申請者会員番号 | |
| 申請者氏名 | |
| 開催区分 * | <input type="radio"/> 対面のみ <input type="radio"/> オンラインのみ <input type="radio"/> 対面・オンライン併用 |
| 入室記録 | 入室記録のみ |
| セミナー区分 | 症例検討会 |
| セミナー名称 * | |

住所（住所）* 番地 番地なし
建物名・部屋番号

電話番号とメールアドレスは、いずれかを必須記入

セミナー名称と講義名は同一で可

開催日時(開始) * 年 月 日 00 時 00 分
開催日時(終了) * 年 月 日 00 時 00 分

開催日時の開始から終了時間までは30分以上としてください。

講義名 *

講義内容

講義テーマ *

E-1 神経系理学療法学 E-2 運動器系理学療法学 E-3 内部系理学療法学

次へ

【講義内容】に
・発表症例の疾患名（診断名）など
・症例検討のテーマ
・具体的な検討内容
を必ず記入してください。

*の電話番号とメールアドレスは、いずれかを必須記入

セミナー名称と講義名は同一で可

開催日時の開始から終了時間までは30分以上としてください。

【お問合せ先】

後期研修部長 小高拓也（新座志木中央総合病院）

メールアドレス：t_kodaka@tmg.or.jp