

一般社団法人日本性感染症学会
理事長 殿
認定制度委員会 委員長 殿

参加証発行願

20××年××月××日

研究会研修会名： ××県性感染症(STI)研究会

代表者氏名： 会長 感染 太郎

以下の通り、性感染症に関する研究会を開催に際して、一般社団法人 日本性感染症学会の認定制度(認定医、認定士 共通)用の教育研修単位として参加証を当研究会が発行し、配布することについて、了承をお願い致します。

会合の名称： ××県性感染症(STI)研究会 第×回教育セミナー

主催責任者： 代表世話人 感染 花子

開催日時： 20××年××月××日(×) **:*~**:*

開催場所： **大学 *階「**講堂」

研修内容：別添プログラムのとおり。(注：未確定段階で可)

出席予定者数： ××× 名

担当者連絡先： (住所)〒162-0801 東京都新宿区山吹町 358-5 アカデミーセンター

(団体名) ××県性感染症研究会

電話・FAX： (電話) 03-5227-8631 (FAX) 03-6824-9379

E-mail： jssti-post@bunken.co.jp

注) 教育研修単位数は、性感染症の研究会・研修会などは5単位、それらが日本性感染症学会の支部の学術大会 or 学術集会を併催するときは10単位となっています。参加証のサンプルを、添付してください。追って提出される出席者名簿(書式自由)の番号と同じナンバリングをしてください(手書き可)。参加証は日本性感染症学会会員以外にも配布自由です(入会后利用可)。

【提出先】

〒162-0801 東京都新宿区山吹町 358-5 アカデミーセンター 株式会社国際文献社内
一般社団法人 日本性感染症学会 事務局
E-mail : jssti-post@bunken.co.jp
FAX : 03-5227-8631 / TEL : 03-6824-9379

参加証

No. _____

**××県性感染症 (STI) 研究会
第×回教育セミナー 参加証**

所属 : _____

氏名 : _____

開催 : 20××年××月××日(×)
時間 : **:**~ **:**
場所 : **大学
*階「**講堂」

上記の講座に参加したことを証明します。
(一般社団法人 日本性感染症学会 教育研修単位 5 単位)

20××年××月××日(×)
××県性感染症 (STI) 研究会
第×回教育セミナー
代表世話人 感染 花子

研 感 × ×
究 染 × ×
会 症 県

1. サイズは自由です。
2. 他の団体や医師会の研修などとの単位認定と併用でも差し支えありません。
3. 必ず右上にナンバリングをし、参加者名簿に記載された番号と一致するようにしてください。
(参加有無の調べる必要が発生した際に参加者の照合を可能とするため)
4. 「所属」「氏名」の欄は参加者本人に記入の依頼をしてください。
(必ず参加者名簿と同じ内容を記入するように依頼してください)
5. 本学会は、会員が認定制度における申請時には証書の原本でなく、コピーを提出いただきます。