

***申込書提出先**

岩手県立病院医学会事務局(岩手県立中央病院 業務企画室内)
TEL 019-653-1151
FAX 019-653-4830

分科会開催申込書

1 分科会名 _____ 分科会 代表世話人 _____

2 当番世話人 _____ 連絡先 _____

3 開催日時 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日() ____ 時 ____ 分 ~ ____ 時 ____ 分

4 開催場所 _____

5 講師名 _____

6 講師所属/役職 _____

7 講師の宿泊の有無(※ ○を付けて下さい。) _____ 有り ・ 無し

8 演題 or テーマ _____

9 参加予定人数 _____

10 合同開催の場合の相手方(必ず記載して下さい。無い場合は「無し」と記載して下さい。)
(例: ○○病院△△委員会、○○病院職場研修会 等)

11 TV会議システムによる配信 _____ 有り ・ 無し

12 医学会契約Zoom有料ライセンスの使用 _____ 有り ・ 無し

13 講師謝金 _____ (この欄は、講師謝金について特別な事由により規定外の謝金を支払う必要がある等、医学会長と協議が必要な場合に、その事由を記載して下さい。)

以下、開催場所が県立中央病院の場合に記載して下さい。

14 使用器材(※ ○をつけて下さい。)

パソコン(Win・Mac) プロジェクター OHP シャウカステン レーザーポインター
ポータブルマイク 指示棒 ホワイトボード 案内の立看板 その他()

15 その他 _____

医学会事務局使用欄

| 医学会長 | 業務企画室長 | 主任 | 室員 | 係 |
|------|--------|----|----|---|
| | | | | |

次のとおり支出することとしてよろしいか。

講師謝金: □教授・院長 70,000円 □准教授・副院長・部長 60,000円 □その他 40,000円
□岩手県立病院職員 5,000円相当の図書カード

合同開催の有無: □有り □無し / 講師旅費: □医学会支出 □開催病院支出