

「令和5年度 卒後医師臨床研修プログラム責任者養成講習会」

参加申し込みフォーム マニュアル

臨床研修協議会

申込はオンラインでお願いいたします。申込画面に沿って、入力方法をご説明いたします。

1 申込画面に入力する前に、以下 3 点の添付書類のご準備をお願いします。

- ① 所属長の推薦書（様式自由）
- ② 履歴書（様式自由、顔写真不要）
- ③ 臨床研修指導医養成講習会の修了証書のコピー

①～③のファイルは PDF に変換し、送信可能にしてください。提出していただいた履歴書等個人情報
は、プログラム責任者養成講習会以外には利用いたしません。

2 事務局のサポートについて

オンライン講習会にあたり、どうしてもネットの環境が整わない方、パソコンや Zoom の操作に不安のある方につきましては、東京の事務局本部にて、1クールにつき最大4名までを上限に、Zoom や PC の技術サポートを受けながらご参加できます。ご希望の場合は、

「事務局にてサポートを受けながら参加をする」にチェックしてください。

人数に制限がありますのでご希望に添えない(参加不可となる)可能性もあります。また参加費も異なりますのでご注意ください。なお、東京に滞在する宿泊費、食費等は各自ご用意、ご負担ください。

希望する期間をお選びください。

参加希望	
※パソコンやZoomの操作に不安のある方は、事務局にてサポートを受けながら参加することも可能です。 (1開催につき最大4名様までサポート)	<input type="checkbox"/> 事務局にてサポートを受けながら参加をする ※東京都内の会議室までお越しいただきます
希望する期間	必須
第1希望	選択してください
第2希望	選択してください
第3希望	選択してください
第4希望	選択してください
第5希望	選択してください
第6希望	選択してください
第7希望	選択してください
第8希望	選択してください

3 同意書について

チェック項目に印を付し、ダウンロードして、自筆のサイン(押印省略可)をご記入の上、PDF 形式に変換していただき「ファイルを選択」(当該ファイルを選択)→「確定」を押して添付してください。同意書添付枠内にファイル名が表示されましたら添付完了です。

全ての項目にチェックを入れて「同意書をダウンロードする」をクリックしてください。

The screenshot shows a consent form with several items listed. A red rectangular box highlights the first three items, each with a checkbox. Below the list is a green button labeled '同意書をダウンロードする' (Download consent form) and a grey button labeled '閉じる' (Close). There is also a note at the bottom: '※同意事項をご確認いただけなかった場合は、同意書がダウンロードできませんのでご注意ください。'

同意書にはサインを
お願いします。

The screenshot shows the signature section of the consent form. It includes a line for the name (氏名) and a line for the signature (印鑑). A red rectangular box highlights the signature line. Below the signature line, there is a note: '*本文をプリントアウトして必ずサインをし、PDFで添付してください。'

4 ご使用環境のチェックについて

Zoom を利用した当講習会へはパソコンからの参加をお願いします。Google アプリケーションのファイルやアプリを使用するため、**スマートフォンやタブレットでのご参加は不可です**。各リンクにアクセスできるかをご確認ください。

申込画面の「ご使用環境のチェックはこちら」をクリックすると、「Zoomを使用するための環境チェック」が開きます。

【Zoom を使用するための環境チェック】

1. 「環境チェックの動画を見る」より動画をご覧ください。
2. Google フォームのアンケートに回答しながら、各質問の URL をクリックし、Google アプリ (Google フォルダと Google ドキュメント、Googlespread シートにアクセスできるかを確認してください)。

Zoomを使用するための環境チェック

1. 動画を事前に、音声入力のローグの操作を行ってください。

[環境チェックの動画をみる](#)

2. 以下のリンクはGoogleアプリケーションへのリンクです。
当日はGoogleアプリケーションを使用しますので、各リンクが表示できることを確認してください。

https://docs.google.com/forms/d/1qzU0v_Raw1QzQ01mutf6YNG2ina-HMQAtXqT9vTX5nLvM/edit

閉じる

①動画を見る



②こちらをクリックすると以下のアンケート画面が出てきます。

アンケート画面

ファイルへのアクセスチェックについて (R5)

■googleフォルダへのアクセステスト
当日はgoogleアプリ等で作業・課題を提出いただいたり、アンケートにご回答いただくこととなります。病院からのご参加ですと、セキュリティのためにアクセスできない場合がありますのでアクセス可否をご確認いただけるように、下記のお試しURLを作成しました。一度聞いていただき、入力テストをして、以下アンケートに答えてください。皆様へのアクセス環境を事務局で確認いたします。
※講習会当日と同じPC、回線環境でお試してください。

メールアドレス*

有効なメールアドレス

このフォームではメールアドレスが収集されます。 [設定を変更](#)

病院名*

あなたのご所属（病院名）を入力してください。

記述式テキスト（短文回答）

氏名*

あなた（講習会に参加される方）のお名前を入力してください。

記述式テキスト（短文回答）

5 ご連絡先・ご本人情報について

「申込者本人PCメールアドレス」は**受講者ご本人**のメールアドレスを入力してください。講習会当日にご本人に直接連絡がとれる携帯電話番号も必ずご記入ください。

事務ご担当者等の代理の方が入力される場合は、画面上段の「申込入力者」欄の「本人以外が入力している」にチェックし、申込入力者情報の部署、役職、氏名、入力者 PC メールアドレスを入力してください。双方に受付メールが配信されます。

ご連絡先を入力してください。	
申込者電話番号	
電話番号 (半角ハイフン区切り) (例: 03-3501-6592)	<input type="text"/>
※所属している施設・病院等の電話番号をご入力ください	
内線番号	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
FAX番号 (半角ハイフン区切り) (例: 03-3501-6593)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
申込者本人に講習会当日、必ず連絡のつく 携帯電話番号 (半角ハイフン区切り) (例: 080-1234-5678)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
申込者メールアドレス	
申込者本人PCメールアドレス (半角)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
※受講決定してから修了証書授与までの間、当協議会との事務連絡に使用するアドレスをご入力ください	
申込者本人に講習会当日、必ず連絡のつくメ ールアドレス (半角)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
入力者メールアドレス	
入力者PCメールアドレス (半角) <small>入力者が「本人以外」の場合、必須</small>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
※本人以外が入力している場合は、必ずご入力ください ※「Cc:」にて「申込者本人PCメールアドレス」に届く一斉メールが届きます	

受講者ご本人

受講者ご本人以外

ご本人情報: 講習会修了者には、修了証書をお渡しします。参加者の氏名、生年月日は、正確にご記入をお願いいたします。(旧字体、特殊な漢字の使用等がある場合は特記事項欄にご記入ください。)

6 所属情報について

所属情報: 病院名等の入力は、「施設を選択する」をクリックすると「施設名」、「都道府県」、「施設分類(病院を選択)」のいずれかで検索できるようになっています。

北海道、東京都、大阪府、愛知県については施設が多数(100件以上)存在するため、施設名の一部の文字を入力してさらに絞り込みをしてください。施設名の一部の文字を入力して検索もできます。該当施設名にチェックし、選択ボタンを押してください。登録済みの施設電話番号、施設FAX番号等が表示されます。(代表番号ですので、変更等あれば事務局までご連絡ください。)

なお、検索しても貴施設名がない時は、登録を中止し、施設名・郵便番号・住所・電話・FAX 番号・施設の URL を事務局 (help@pmet.or.jp) までご連絡ください。
施設情報を登録後にお申込みいただけるようになります。

所属情報

施設情報

施設都道府県

施設名

施設郵便番号

施設住所

施設代表電話番号

施設代表FAX番号

施設を選択する

「施設を選択する」ボタン（緑色）から検索してください。

所属病院・施設が検索できない場合は、ご連絡いたします。

- ・施設名
- ・郵便番号
- ・住所
- ・代表電話番号
- ・代表FAX番号
- ・施設のURL

上記の情報を以下までメール、またはFAXにてご連絡ください。

メール help@pmet.or.jp
FAX番号 03-3501-6593

部署名

役職名

北海道、東京都、大阪府、
愛知県の施設の方は「施設名」
から検索をお願いします。



7 部署名、役職等について

部署名: ○○科、○○部門など。

役職等: 複数職位を兼任されている場合には、役職欄には主たる職名を1つご記入下さい。

専門分野はご専門の診療科をご記入ください。

8 受講資格について

以前に応募歴がある方は、必ず申込画面の特記事項欄に入力してください。

ただし、過去に**プログラム責任者養成講習会**を受講されている方は参加できません。

受付情報

募集要項など必要な情報

注意事項

申請方法

申請ファイル

※ 申請理由により必要書類が異なりますので、実務要項をご確認ください

以下のいずれかの方法で添付してください。

1. 必要書類を1つのファイルにまとめる
2. 必要書類を複数のファイルで添付する
【複数ファイルを添付する際の注意】
1. ファイル名は「ファイル名.拡張子」の形式で入力し、ファイル名を統一してください

※ ファイル名: [ファイルの選択] ファイルが選択されていません [確定]

※ 複数ファイルを添付時、必ず「確定」をクリックしてください

※ 添付ファイルの合計データサイズは50MB以内です

特記事項

申し込み後のご連絡

ご申請が完了しましたら、当院までご連絡ください

臨床研修医課 事務局

TEL: 03-3501-6508

Mail: rinken@pmei.or.jp

申し込み情報へ

9 「推薦順位」について

複数人を推薦する病院においては、優先順位を必ず入力願います。(□位/□人中)

10 「申込者が参加された「臨床研修指導医養成講習会」修了状況」について

過去に参加された「臨床研修指導医養成講習会」の修了歴を入力画面の該当欄にご記入ください。

「添付資料」から**修了証書のコピーを必ず添付してください。(必須)**

修了証書を確認できない場合には、修了証明書や記録集のコピー等を添付してください。

※参加申込時点で指導医養成講習会が未受講の方のお申込みは受け付けられません。

11 添付資料について

履歴書、推薦書、臨床研修指導医養成講習会の修了証書のコピーを添付してください。

(1つにまとめてPDFを推奨します)

添付ファイルは「ファイルを選択」(該当ファイルを選択)して、「確定」ボタンを押してください。複数のファイルがある場合は、「ファイルを選択」→「確定」を繰り返して添付してください。もし添付し忘れた場合は、申込後に届く受付完了メールの返信にファイルを添付してお送りください。

添付資料	
推薦書など必要書類	
注意事項	講習会により必要書類が異なりますので、実施要領をご確認ください
添付方法	以下のいずれかの方法で添付してください。 1. 必要書類を1つのファイルにまとめて添付する 2. 必要書類を複数のファイルで添付する 【複数ファイルを添付する際の注意点】 1ファイルずつ「ファイルを選択」→「確定」を行い、操作を繰り返してください
添付ファイル	ファイル名 ファイルの選択 ファイルが選択されていません 確定 ※添付ファイルの形式はPDF形式を推奨します ※添付ファイルの合計データサイズ上限は5メガ (5MB)

12 特記事項欄について

「特記事項」は備考欄・通信欄としてご利用ください。空欄でも問題ございません。施設のご事情等でどうしても本年の受講が必要な場合など、その旨記載ください。

13 申込内容の確認

全ての事項の入力が完了しましたら、一番下の「申込内容確認へ」をクリックし、次の申込内容の確認画面で最終チェックをして下さい。未入力項目があれば、赤字で表記されます。申込控用紙が必要な場合はこの画面を印刷し保存ください。（※ここまではまだ申込完了ではありません。）内容がよろしければ「申込」ボタンを押してください。

登録したメールアドレスに受付完了メールが届けば申込終了です。必ずご確認ください。

受付完了メール送信時に、**接続テストの希望日のアンケート**をお送りします。このアンケートは接続テストの希望日についてお伺いするものです。所要時間は2分程度です。お手数ですがご回答くださいますようお願い申し上げます。

1時間経過してもメールが届かない場合は、迷惑メールに振り分けられていないかご確認の上、事務局(rinken@pmet.or.jp)までお問い合わせください。

以上

「プログラム責任者養成講習会」 参加要項

1 参加者は、各クールとも全日程（2日間）を通じて参加することが原則であり、部分参加は認めておりません。（小グループでの討議・発表など共同作業を行うため、途中での入退は他の参加者の迷惑になりますので認められません。）全日程（2日間）にご参加いただかないと、修了証書の発行ができません。ご了承ください。

希望する期間は必ず参加できる期間をお選びください。第2希望、第3希望で決定することもあります。参加決定後の変更はできません。

2 当講習会は Zoom を使った双方向オンライン講習会です。そのためあらかじめ講習会当日の連絡先（携帯電話番号など）の個人情報の入力、同意書の作成、パソコンの環境確認などが必要となりますので、お申込みにあたっては必ず申込入力者様と参加者ご本人様同席の上、お申込みの入力をお願い申し上げます。なお、Zoom のアカウントは、当協議会から参加決定者様へ貸与するアカウント、パスワードをご利用いただきます。

3 参加費の請求につきましては、参加決定後にご案内いたします。

4 申込は期日（5月末日まで）を厳守願います。先着順ではございません。応募者多数の場合、申込締め切り後に選考とさせていただきます。

5 参加者の選考結果については、6月中旬に参加可否通知をご本人様および申込入力者様宛にメールにてお送りします。その後、接続テストを実施し、正式に参加が決定しましたら、文書にてご本人様宛と推薦者様（病院長等）宛に通知する予定です。また、事前アンケート、オンデマンド配信等の案内、講習会実施に関する諸注意等の詳細につきましては、参加者本人様宛に講習会の前に改めて連絡いたします。

以上