

MAMIS 研修管理機能操作マニュアル

専用WEBフォームからの研修会（講習会）情報入力
＜医師会事務局向け 生涯教育制度編＞
Ver.1.1

2025年6月11日
日本医師会生涯教育課

MAMIS研修管理機能に研修会情報登録・申請機能が実装されるまでの間の運用方法について

- 付与する単位別に次のとおりご対応ください。
 - ①生涯教育の単位のみが取得できる研修会
 - 専用WEBフォームから入力してください。
 - ②生涯教育と専門医共通講習の両方の単位が取得できる研修会
 - 専用WEBフォームは使用できません。
 - 2025年度開催分は専用のエクセルファイル※1にてメール申請してください。
 - ③生涯教育と認定産業医または認定健康スポーツ医の単位が取得できる研修会
 - 申請講座種別で**生涯教育のみ**を選択し、生涯教育の単位のみを付与した研修会情報を入力してください。
 - ④生涯教育と専門医共通講習、認定産業医の3つの単位が取得できる研修会
 - 専用WEBフォームは使用できません。
 - 2025年度開催分は専用のエクセルファイル※1にてメール申請してください。
 - ⑤日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会
 - 日医介護保険課の今後発出する文書にしたがってください。

※1：2025/02/21文書管理システム「お知らせ」に掲載済

研修会入力専用WEBフォーム

- URL : <https://mamis-seminar.com/register>
- この専用WEBフォームは**医師会専用**です。
- 医師会以外の外部団体が主催する研修会については、審査・承認した医師会において入力してください。
- 従来の研修管理システムと同様に必要事項を入力の上、「申請する」をクリックしてください。
- 研修会一覧に反映されるまでに時間がかかる場合がありますので、ご了承ください。
- 次の記号は入力しないでください。
 - “（ダブルクォーテーション）
 - ,（半角カンマ）
 - |（パイプ）
 - /（スラッシュ）
 - ¥（円マーク）

研修会(講習会)管理

研修会(講習会)入力 新規

クリア

申請者情報

医師会名	必須	<input type="text" value="入力してください"/>
部署名	必須	<input type="text" value="入力してください"/>
メールアドレス	必須	<input type="text" value="example@mail.com"/>
電話番号	必須	<input type="text" value="00-0000-0000"/>
担当者名	必須	<input type="text" value="入力してください"/>

申請（入力）作業を行う医師会、担当者の情報を入力する。

研修会(講習会)

申請講座種別	必須	<input type="checkbox"/> 生涯教育	<input type="checkbox"/> 専門医共通講習	<input type="checkbox"/> 認定産業医	<input type="checkbox"/> 認定健康スポーツ医	<input type="checkbox"/> 日医かかりつけ医機能研修制度
開催日時	必須	yyyy/mm/dd	--:--	~	--:--	
研修会(講習会)名	必須	入力してください				
主催者区分	必須	選択してください				
主催者名	必須	入力してください				
共催有無	必須	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	共催者区分	選択してください	共催者名	入力してください
			共催者区分	選択してください	共催者名	入力してください
			共催者区分	選択してください	共催者名	入力してください
			※認定産業医・認定健康スポーツ医については、製薬会社や営利企業が主催・共催の研修会を認めておりません			
協力団体有無	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	協力団体名	入力してください			
			※ 複数の場合は「、」で区切って入力してください。			
後援有無	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	後援名	入力してください			
			※ 複数の場合は「、」で区切って入力してください。			
協賛有無	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	協賛名	入力してください			
			※ 複数の場合は「、」で区切って入力してください。			

生涯教育のみを選択し、
他制度は選択しない。

- クリックして次の区分から適切な区分を選択する。
- ・都道府県医師会
 - ・都市区医師会
 - ・地区医師会
 - ・行政
 - ・医会・学会・研究会・医療関係団体等
 - ・大学・医療機関
 - ・産業保健関係団体
 - ・製薬・医療機器メーカー
 - ・その他営利企業
 - ・その他非営利団体
 - ・その他

- ・医師会名はリストが表示されるが、リストから選ぶのではなく、何文字か入力するとサジェストで表示されるので、その中から選択する。
- ・研修管理システムにあった主催者マスタは廃止。
- ・医師会以外は区分選択後、名称を入力する。

有無を選択後、有の場合は名称を入力する

開催形式	必須	<input checked="" type="radio"/> 座学	<input type="radio"/> WEB	<input type="radio"/> ハイブリッド
開催場所 (配信場所)	必須	都道府県	--	
	必須	会場名	入力してください	階・室名 <input type="text" value="00階 A号室"/>
		郵便番号	<input type="text" value="000-0000"/>	住所 <input type="text" value="入力してください"/> 電話番号 <input type="text" value="00-0000-0000"/>
参加費・受講料	必須	<input checked="" type="radio"/> 無料	<input type="radio"/> 有料	入力してください
				<input type="text" value="000000"/> 円
				<input type="text" value="000000"/> 円
				<input type="text" value="000000"/> 円
				<input type="text" value="000000"/> 円
連絡・問い合わせ先	必須	名称	<input type="text" value="入力してください"/>	
	必須	担当者名	<input type="text" value="入力してください"/> ※研修会(講習会)の申し込みページの問合せ先に掲載されます。	
	必須	郵便番号	<input type="text" value="000-0000"/>	住所 <input type="text" value="入力してください"/>
	必須	電話番号	<input type="checkbox"/> 問い合わせ先に掲載する	<input type="text" value="00-0000-0000"/>
		FAX	<input type="checkbox"/> 問い合わせ先に掲載する	<input type="text" value="00-0000-0000"/>
		メールアドレス	<input type="checkbox"/> 問い合わせ先に掲載する	<input type="text" value="example@mail.com"/>
	ホームページ	<input type="text" value="https://example.com"/>		
受講予定人数		<input type="text" value="0000"/>	人	

日医Web研修システム	必須	<input type="radio"/> 日医Web研修システムを利用しない	<input type="radio"/> 日医Web研修システムを利用する<座学のみ>	<input type="radio"/> 日医Web研修システムを利用する<Webのみ>	<input type="radio"/> 日医Web研修システムを利用する<ハイブリッド(座学&Web)>
MAMIS掲載有無		<input type="radio"/> 掲載可	<input checked="" type="radio"/> 掲載不可		
MAMIS掲載	必須	掲載開始日	<input type="text" value="yyyy/mm/dd"/>	掲載終了日	<input type="text" value="yyyy/mm/dd"/>
		備考	<input type="text" value="入力してください"/>		
		※ 研修会(講習会)の申し込みページの問合せ先に掲載されます。			
事前申込み	必須	<input checked="" type="radio"/> 不要	<input type="radio"/> 要		
事前申込み・受付方法	必須	<input type="radio"/> 連絡・問い合わせ先から受付	<input type="radio"/> MAMISから受付		
事前申込み・参加方法	必須	<input type="radio"/> 先着(受講予定人数まで)	<input type="radio"/> 抽選	<input type="radio"/> 定員なし	
受講対象者	必須	<input checked="" type="radio"/> 全ての医師	<input type="radio"/> 日本医師会員	<input type="radio"/> 主催/共催の都道府県医師会員	<input type="radio"/> 主催/共催の都市区医師会員
		<input type="radio"/> 主催/共催の地区医師会員	<input type="radio"/> 主催/共催の自都道府県いずれかの医師会員	<input type="radio"/> 全国いずれかの医師会員	
		<input type="checkbox"/> 他職種・その他対象	<input type="text" value="入力してください"/>		

MAMISに講習会情報を掲載する機能が公開された後に使用する項目であるため、現時点では、「掲載不可」、「連絡・問い合わせ先からの受付」を選択。

MAMISに講習会情報を掲載する機能が公開された後は、受講対象者に応じて講習会情報を表示する予定であるが、現時点ではどれを選択しても問題ない。

COI開示の有無が不明の場合は、
無のままとする。

COI開示有無	必須 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
開催要綱・ プログラム等	<p>※アップロードできるファイルは5ファイルまで、JPEG/GIF/PNG/PDF/MS Word/MS Excelです。</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; text-align: center;"><p>ここにファイルをドラッグ&ドロップ または</p><p>ファイルを選択</p></div> <p>1ファイルの最大アップロードサイズ：10MB</p>
備考	<input type="text" value="入力してください"/>

今後公開される審査・承認機能で
利用する機能であるため、
現時点ではアップロードは不要。

演題

全体の演題数 **必須** **演題を追加する**

演題1 閉じる ^

演題削除 **演題クリア**

開催日時 **必須** ~

会場 **必須** 会場名 階・室名

講演形式 **必須** 講演(シンポジウム以外) シンポジウム・パネルディスカッション等

- 指定した演題数分、演題入力領域が追加される。
- 指定する数は当該研修会の演題の総数とする。

演題ごとに会場が異なる場合に入力できるように用意している。

講演形式を選択すると、講演形式に応じた入力欄が表示される。

講演（シンポジウム以外）を選択

演題

必須 演題名(テーマ)

演題に関する補足説明

必須 講師所属(肩書) **講師追加** **削除**

講師名

シンポジウム・パネルディスカッション等を選択

シンポジウム等

必須 メインテーマ

必須 演題名(テーマ) **講師所属(肩書)** **講師名** **削除**

講師追加

各シンポジストのテーマを入力。

シンポジストの人数分追加。

単位等 必須	生涯教育	CC: 未選択	0.0	単位
備考		入力してください		
演題チェック				

CCを選択し、単位数を入力する。

※演題の時間に応じた単位数の自動入力機能はないので注意すること。

承認情報入力

承認者 必須	入力してください
申請する	

入力作業を行った医師会名を入力。
※入力担当者の個人名ではない。

- 申請者情報として登録したメール宛に登録内容変更用URLが届くので、修正がある場合はそのURLをクリックし、登録済の内容を修正し、申請すること。
- 再修正する場合は、前期作業を繰り返す。その場合のURLは毎回異なるので、注意すること。
- ただし、6/6以前に登録された内容は修正できない。

研修会(講習会)管理

研修会(講習会)入力 登録内容変更

※登録内容の変更は、2025年6月6日以降に登録した研修会(講習会)のみが対象となります。
 ※「申請講座種別」「主催者区分」「主催者名」の変更はできません。

クリア

申請者情報

医師会名	必須	日本医師会 生涯教育課
部署名	必須	生涯教育課
メールアドレス	必須	example@mail.com
電話番号	必須	00-0000-0000
担当者名	必須	入力してください

研修会(講習会)

申請講座種別	必須	<input checked="" type="checkbox"/> 生涯教育 <input type="checkbox"/> 専門医共通講習 <input type="checkbox"/> 認定産業医 <input type="checkbox"/> 認定健康スポーツ医 <input type="checkbox"/> 日医かかりつけ医機能研修制度
--------	----	---

演題チェック

承認情報入力

承認者	必須	入力してください
-----	----	----------

修正を申請する