業　績　目　録

西暦　　　　年　　　　月　　　　日

　申請者署名：

　指導施設名称：

　診療科名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日本消化管学会  専門医注1）取得  年月日 | 西暦　　　　年　　　　日 | | |
| 論文名 | 掲載雑誌名 | 発行年（西暦）巻・頁～頁 | 著者 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　注1）正規指導医資格は正規専門医取得済みが条件。暫定専門医ではなく正規専門医の201で始まる10ケタの専門医番号の取得年月日を指す。

　　（例：2016……の方は2016年11月1日、2017……の方は2017年11月1日、2018……の方は2018年11月1日）

【条件】

　消化管疾患に関する論文（原著、総説、症例報告）を2編以上とする。和英いずれも可。共著可。

【注意事項】

　証明する書類（雑誌名または書名、題名、著者名、共著者名、発表年の確認できる頁）を添付すること。