日本消化管学会胃腸科専門医認定申請書

一般社団法人日本消化管学会

専門医審議委員会　御中

　日本消化管学会胃腸科専門医制度による専門医認定を申請致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人署名

※自署

１．基本情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員番号(6ケタ) |  | 生年月日(西暦) |  |
| 氏名（カナ） |  | 医籍登録番号 |  |
| 氏名（漢字） |  | 医籍登録年月日 |  |

　２．本件に係る連絡先情報

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先名称 |  |
| 科・講座名 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 希望連絡先TEL | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　いずれかに○　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務先／自宅） |
| 希望連絡先FAX | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　いずれかに○　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務先／自宅） |
| 希望連絡先E-mailアドレス |  |
| ※マイページの登録情報と上記が異なる場合、本申請書を最新情報として事務局によるマイページ登録情報の変更を□許可する□許可しない　（いずれかに✓） |

※マイページの登録情報が最新になっていない場合、不備確認が行えない、結果通知が届かない

などの不利益を被ることがあります。ご了承ください。

　３．研修実績　　　　　　　　　　　　　\*記入欄が不足する場合は、本頁をコピーし記入、次ページに綴じる

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\*本学会指導施設でない施設の場合は、指導施設認定証番号は非と記入

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\*研修実績は指導施設認定期間内のものでなければ無効

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修期間 | 指導施設認定証番号 | 指導施設名称 |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 年 |  |  |
| ヶ月 |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 年 |  |  |
| ヶ月 |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 年 |  |  |
| ヶ月 |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 年 |  |  |
| ヶ月 |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 年 |  |  |
| ヶ月 |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 年 |  |  |
| ヶ月 |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 年 |  |  |
| ヶ月 |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 年 |  |  |
| ヶ月 |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 年 |  |  |
| ヶ月 |

　　　\*カリキュラムの提出が必要な申請者は研修年限6年（初期臨床研修を除く）のうち少なくとも常勤として

1年は下記の本学会指導施設である証明

　　\*カリキュラムの提出が不要の申請者は少なくとも週1回1年以上は下記の本学会指導施設で研修を

　　　行った証明

４．申請指導施設

|  |  |
| --- | --- |
| 指導施設認定証番号注）\*1 | 指導施設名称 |
|  |  |

申請者が上記の施設にて研修し、修了したことを認め、日本消化管学会専門医として推薦致します。

　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　本学会指導医認定証番号

申請指導施設指導医署名または施設代表者署名（※自署）注）\*2

注）\*1指導施設同時申請の場合記入不要

\*2下記いずれかに場合は該当の□にチェックし、申請時点で所属する施設代表者（院長）の署名を可とする

□申請時点で指導施設に在籍していない

□申請時点で指導医および指導施設認定期間が終了している