女性ヘルスケア専門医制度による認定研修施設申請書

一般社団法人日本女性医学学会 理事長殿　　　　　　　　　 西暦　　　　　年　　　月　　　日

日本女性医学学会専門医制度規則に定める研修施設の認定を受けたく、必要書類を添えて申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　　り　　が　　な | |  | | | | | | | | | | | | |
| 施設名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 同上所在地 | | 〒  Tel：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax： | | | | | | | | | | | | |
| 施設長氏名 | |  | | | | | 印 | 職名 | |  | | | | |
| 診療科責任者氏名 | |  | | | | | 印 | 診療科名 | |  | | 職名 |  | |
| 指導責任者氏名  （常勤） | |  | | | | | 印 | 診療科名 | |  | | 職名 |  | |
| 指導責任者の女性ヘルスケア専門医制度認定資格 | | 指導医　　　　　　暫定指導医　　　　（いずれかにチェックしてください） | | | | | | | | | | | | |
|  | | [認定登録番号]  第　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | [認定期間]　　自　　　　　　　年　　 　　月　　 　　日  至　　　　　　　年　　　 　月　　　 　日 | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 担当者氏名：  所属科名  Tel：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax　：  E-mail　： | | | | | | | | | | | | |
| 注意）１．諸連絡は原則としてE-mailで行うので必ず記入すること  　　　　2．記入は、PC、黒インクまたは黒ボールペンを記入し、楷書で記入してください | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請チェック欄（申請前に各自チェックすること） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 様式1 | | | 研修施設認定申請書 | | | | | | | | | |
|  | 様式2 | | | 施設内容証明書 | | | | | | | | | |
|  | 添付書類 | | | 日本専門医機構の定める研修施設であることの証明書 | | | | | | | | | |
| ※以下記入不要 | | | | | | | | | | | | | | |
| 審査料 | | | 受付日 | | 受付番号 | | | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | | | |