日本女性医学学会専門医制度

指導医（様式１-1）

女性ヘルスケア指導医認定申請書

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

日本女性医学学会女性ヘルスケア指導医の認定を受けたく、審査料ならびに登録料を添えて申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　　り　　が　　な |  | | | [会員番号] | |
| 申請者氏名 |  | | 印 | [入会年月日]  年　　　　月　　　　日 | |
| 日本女性医学学会  女性ヘルスケア専門医 | [認定登録番号]  　　　第　　　　　　　　号 | | | [認定期間]  自　　　　　　　年　　　　月　　　　日  至　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 日本女性医学学会  女性ヘルスケア  暫定指導医 | [認定登録番号]  　　　第　　　　　　　　号 | | | [認定期間]  自　　　　　　　年　　　　月　　　　日  至　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 日本産科婦人科学会  またはその他の  基幹学会指導医 | [認定登録番号]　 　第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | |
| [認定期間]　　 自　　　　　　　年　　 　　月　　 　　日  至　　　　　　　年　　　 　月　　　 　日 | | | | |
| 勤務施設名 |  | | | | |
| 同所在地 | 〒  Tel：　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax：  E-mail： | | | | |
| 勤　務　形　態 | 常　勤　・　非　常　勤　　　（週　　　日勤務）　　　　　　＊どちらかに○を付けて下さい | | | | |
| 注意）諸連絡は原則としてE-mailで行うので必ず記入すること | | | | | |
| 申請チェック欄（申請前に各自チェックすること） | | | | | |
|  | 申請書類（様式１・様式２） | | | | |
|  | 審査料（\20,000）の納入 | | | | |
|  | 申請時において連続5年以上本学会会員である | | | | |
|  | 申請時において有効な日本女性医学学会女性ヘルスケア専門医である | | | | |
|  | 申請時において有効な日本産科婦人科学会指導医または基幹学会指導医である | | | | |
| ※以下記入不要 | | | | | |
| 審査料 | 受付日 | 受付番号 | |  |  |
|  |  |  | |  |  |

日本女性医学学会専門医制度

指導医（様式1-2）

審査料払込証明書添付欄

|  |
| --- |
| 申請者氏名： |
| ※枠内に貼付する（折りたたみ不可）  ※振込先口座：　　三菱東京ＵＦＪ銀行　麹町支店  　　　　　　　　　口座名義　一般社団法人日本女性医学学会　認定制度  　　　　　　　　　口座番号　普通　０１２１８８０ | |