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　　　　　　　　　　 平成　　　年　　　月　　　日

日本女性医学学会専門医制度規則第6章・第7章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 | | | | | | | | | |
| ※以下記入不要 | | | | | | | | | | | | | | |
| 審査料 | | | 受付日 | | 受付番号 | | | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | | | |