〔新規〕 女性ヘルスケア暫定指導医申請書

　　　　　　　　　　西暦　　　年　　　月　　　日

一般社団法人日本女性医学学会 理事長殿

日本女性医学学会専門医制度規則に定める暫定指導医資格について下記のとおり申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　　り　　が　　な |  |
| 施設名称 |  |
| 施設所在地 | 〒Tel：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax： |
| 産婦人科専門医研修施設の認定状況 | 日本産科婦人科学会総合型専攻医指導施設指導責任者 氏名：産婦人科専門研修プログラム統括責任者　氏名： |
| 暫定指導医申請者氏名 | ふりがな |  | 職名 |  | 会員番号（※） |
|  |  |
| E-mail アドレス |  |
| ■申請者の該当する番号にチェック＊暫定指導医となるためには下記①②③のいずれかを満たす必要がある。[ ]  ①2015年4月1日時点における全ての日本産科婦人科学会総合型専攻医指導施設の指導責任者[ ]  ②日本専門医機構の定める産婦人科専門研修プログラム基幹施設・連携施設の指導責任者[ ]  ③女性ヘルスケア指導医となる資格要件を満たしている（基本領域の指導医かつ女性ヘルスケア専門医） |
| 申請の事由\*研修施設認定申請との同時申請の場合は記入不要 |  |
| 上記以外の連絡先（希望する場合のみ記入） | 担当者氏名：所属科名Tel：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax　：E-mail　：　 |
| ※申請者が本学会員でない場合は、すみやかに入会手続きをすること。◆記入上の注意：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．PC入力、または黒インク・黒ボールペンを使用し楷書で記入すること。 |
|  |
| ※以下記入不要 |
| 受付 | 審査 | 備考 |
|  |  |  |