女性ヘルスケア専門医　研修開始登録申請書

　　　　　　　　　　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による研修を開始したく、下記のとおり申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | ふりがな | 会員番号 |  |
|  |
| 認定研修施設 | 研修を行う施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設の認定番号：　　　　　　　　　）※注1 |
| 所属： | 職名： |
| 女性ヘルスケアの診療に従事する時間数：週当たり　　　　　～　　　　　時間＊週7時間以上の従事時間が必要（専門医制度規則第14条 第4項） |
| 研修開始日（※注2）：（西暦）　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 |
| 指導責任者 | 氏名：（署名または記名押印） |
| 専門医制度認定資格（認定番号）：＊該当する方にチェック。認定番号を記載すること。[ ] 指導医（認定番号：　　　　　　　）[ ] 暫定指導医（認定番号：　　　　　　） |
| 基本領域専門医資格番号と取得年月日 | 産婦人科専門医　〔認定番号〕　　　　　　　　　　　　　〔取得年月日〕（西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日＊産婦人科以外の場合は、以下に記載すること。〔診療科名〕　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔認定番号〕　　　　　　　　　　　　　〔取得年月日〕（西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| ※注1：研修施設の認定番号は本学会ホームページ掲載の「認定研修施設一覧」にて確認してください。〔認定研修施設一覧のURL〕https://www.jmwh.jp/pdf/2021\_nintei\_kensyuu\_01.pdf※注2：研修開始日は以下を満たす日付です。・2017年11月4日（規則制定・専門研修プログラムの公示）以降であること・研修を行う施設の認定期間開始日以降であること・基本領域専門医取得日以降であること・本学会の入会日以降であること（入会日はマイページより確認可能） |
| ※以下、事務局記入欄につき申請者は記入不要 |
| 受付日 | 登録日 | 備考 |
|  |  |  |