

日本手外科学会認定登録専門医の異動届

年 月 日

一般社団法人日本手外科学会 理事長 殿

日本手外科学会認定手外科専門医制度 認定研修施設における登録専門医の異動を報告いたします。

施設 名称		施設 番号	
		(基幹 ・ 関連) いずれかに○	
施設 長氏 名	印	職 名	
在籍登録専門医 (年 月 日現在)			
氏 名		氏 名	
異動となる専門医 (年 月 日異動)			
氏 名		専 門 医 認 定 番 号	
異動先勤務地 〒 —			
電 話 :		ファックス:	
E-mail :			
上記医師異動後の、臨床指導に当たる日本手外科学会認定手外科専門医 (年 月 日着任)			
氏 名	印	専 門 医 認 定 番 号	
1名だけの登録専門医が異動になる場合は「不在」と記入			
電 話 :		ファックス :	
E-mail :			
備考			

※ 在籍する専門医が1名しかいない施設において、その専門医が他施設へ異動した場合の扱いについては、同年期末(1月末日)までの間は、認定施設として認める。

※ 大学の場合、施設長は診療科の主任教授で可とする。

- 記入注意
- 1) 記入は黒インクまたはボールペン
 - 2) 楷書