

(様式4-1)

日本手外科学会認定手外科専門医制度による 基幹研修施設認定申請書

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専門医制度細則第7章に規定する基幹研修施設としての認定を希望しますので、以下の書類ならびに審査・登録料を添えて申請いたします。

いずれかに○をつけて下さい。 新規 ・ 更新

施設名称	ふりがな			
施設長氏名		①	職名	
診療科責任者氏名		①	職名	
所在地 (〒 -)				
電話 () -				
ファックス() -				
E-mail				
臨床指導に当たる日本手外科学会認定手外科専門医				
氏名		①	役職	
			認定番号	
必要書類	<input type="checkbox"/> 施設内容証明書(様式4-2) <input type="checkbox"/> 実地修練計画書(様式4-3) <input type="checkbox"/> 審査料銀行振込控え(コピー) <input type="checkbox"/> 所属する日本手外科学会認定手外科専門医の認定証(控) <input type="checkbox"/> 所属する日本手外科学会認定手外科専門医の3年間の勤務実績を証明する書類			
備考				

記入注意 1) 記入は黒インクまたはボールペン
2) 楷書

※大学の場合、施設長は診療科の主任教授で可とする。