

(様式4-6)

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 異動に伴う特例認定申請書

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 認定研修施設に関する細則第20条7に定める特例により基幹研修施設として認定していただきたく、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。

施設名称	ふりがな		
施設長氏名	(印)	職名	
診療科責任者氏名	(印)	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	(印)	役職	専認定番号
上記専門医の直近まで勤務した認定施設名 []			
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1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。