

(様式4-7)

# 日本手外科学会認定手外科専門医制度による 関連研修施設 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

下記の施設を、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当施設の関連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。

基幹研修施設	施設名称		所在地		都道府県
	施設長 氏名		印	職名	市区町村
	診療科責任者 氏名		印	職名	
関連研修施設	施設名称	ふりがな			
	施設長 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	認定番号 専門医	
	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"/> 関連研修施設承諾書(様式4-5) <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"/> 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"/> 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