

(様式4-4)

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細則第7章に規定する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。

いずれかに○をつけて下さい。 新規 ・ 更新

基幹研修施設	施設名称		所在地		都道府県	市区町村
	施設長 氏名		印	職名		
	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
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