

(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	
	施設長 氏名		①	職名	
	診療科責任者 氏名		①	職名	
関連研修施設	施設名称	ふりがな			
	施設長 氏名		①	職名	
	所在地	(〒 -)			
	電話	() -			
	臨床指導に当たる日本手外科学会専門研修指導医または認定手外科専門医				
	氏名		①	役職	認定番号
E-mail					
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専門研修指導医または認定手外科専門医の認定証(控) <input type="checkbox"/> 審査料振込控え(コピー) <input type="checkbox"/> 所属する日本手外科学会専門研修指導医または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