

## 認定医 資格更新申請書

(西暦) 年 月 日 記入

すべての項目を楷書で丁寧に記入すること。

フリガナ		申請者印	性別	認定医番号
氏名		Ⓢ	男・女	D-
会員番号 (4桁)		生年月日 (西暦)		年 月 日
自宅住所	〒 -			
自宅電話番号	- -	自宅 FAX		- -
自宅 E-Mail	@			
所属住所	〒 -			
所属電話番号	- -	所属 FAX		- -
所属 E-Mail	@			
所属機関名				
診療科・部署名		役職		
本件に関する連絡先	自宅 ・ 所属	本学会入会年月日 (西暦)		年 月 日
医師免許証番号		医師免許取得年月日 (西暦)		年 月 日

本用紙の裏面に更新申請登録料(10,000円)納入完了を証明する証憑書類(コピー可)を貼り付けること。

<b>日本医学会分科会の加盟学会が認定する資格の取得状況</b>				
日本産科婦人科学会、日本泌尿器科学会、日本皮膚科学会、日本内科学会、日本小児科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本眼科学会など、日本医学会分科会の加盟学会の資格を記入すること。上記7学会以外の加盟学会は下記 URL 遷移先ページにて確認可能。 日本医学会ホームページ内 分科会一覧ページURL <a href="http://jams.med.or.jp/members-s/">http://jams.med.or.jp/members-s/</a>				
学会名				
資格名				
資格番号		資格取得年月日 (西暦)		年 月 日

取得している資格の証書をA4サイズでコピーし、申請書類に同封すること。

日本医学会分科会の加盟学会の資格を取得しておらず、加盟学会の資格以外で日本国内の公的資格を取得している場合は、下記の資格名の欄に記入すること。

資格名	
-----	--