

認定医申請書

(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				性別	写真貼付 1. 縦 4cm×横 3cm 2. 本人単身胸より上 3. 裏面のり付け
氏名				男 ・ 女	
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		
送付物送付先 および連絡先	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	

医師免許証をA4サイズでコピーし、申請書類に同封すること。

本用紙の裏面に受験申請料(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。

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					
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 https://jams.med.or.jp/members-s/					
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いない場合、

【新規_様式2DC-b】と、場合によって【新規_様式2DC-c】の書類も提出が必要。

私は本申請書提出時点において認定制度規則第8条(5)の条件を満たしていないため、
第8条(8)を適用しての受験を希望します。(希望する場合は右の口にチェックを入れること) 希望する