一般社団法人 日本性感染症学会

新規\_様式１Ｄ

（全員提出）

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3cm２．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。

[ ]  希望する

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□にチェックを入れること）