**日本小児外科学会　名誉指導医資格　申請書**

※受付番号

日本小児外科学会

専門医制度委員会　御中

日本小児外科学会　名誉指導医資格を申請いたします。

以下の記載内容に間違いはありません。

（西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日

1. 申請者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 姓 | 名 |
| フリガナ |  |  |
| 氏名 |  |  |

1. 会員番号　０２０－　　　　　－
2. 指導医登録番号
3. 医師免許取得年月日　西暦 　　　　 　年　　　　　 月　　　　　　日

医籍登録番号

1. 勤務先

|  |  |
| --- | --- |
| 施設（病院）名 |  |
| 所属診療科名 |  |
| 所在地 | 〒 | TEL |
| FAX |

1. 自宅

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | 〒 | TEL |
| FAX |

1. Ｅ-mailアドレス

|  |  |
| --- | --- |
| E-mail |  |

1. 申請料（￥5,500-）をご納入の上、領収書を以下に添付して、ご申請ください。

振込先　 ゆうちょ銀行／019：ゼロイチキュウ店／当座／0487882

日本小児外科学会専門医制度：ニホンショウニゲカガッカイセンモンイセイド

|  |
| --- |
| 領収書貼付欄 |
|  |

申請書送付先：〒112-0012東京都文京区大塚5-3-13ユニゾ小石川アーバンビル4F

一般社団法人日本小児外科学会　専門医制度委員会宛