

(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 市 町 区 村
	施設 長 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認定手外科専門医			
	氏名		①	役職
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認定手外科専門医の認定証(控) <input type="checkbox"/> 審査料銀行振込控え(コピー) <input type="checkbox"/> 所属する日本手外科学会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				

※大学の場合、施設長は診療科の主任教授で可とする