

(様式4-6)

# 日本手外科学会認定手外科専門医制度による 基幹研修施設 異動に伴う特例認定申請書

年 月 日

一般社団法人 日本手外科学会 理事長殿

日本手外科学会認定専門医制度 認定研修施設に関する細則第20条7に定める特例により基幹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。

|                         |   |  |  |    |             |
|-------------------------|---|--|--|----|-------------|
| 施設名称                    | ふりがな  |  |  |    |             |
|                         |   |  |  |    |             |
| 施設長氏名                   | (印)   |  |  | 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                      | (印)   |  |  | 役職 | 認定番号<br>専門医 |
|                         |   |  |  |    |             |
| 直近まで勤務した認定施設            |   |  |  |    |             |
| E-mail                  |   |  |  |    |             |
| 必要書類                    | <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"/> 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認定証(控)   |  |  |    |             |
|                         | <input type="checkbox"/> 所属する日本手外科学会認定手外科専門医の1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。