

① 小児血液・がん みなし指導医 認定申請書

写真添付

3.5×3.0cm
裏面に氏名を
記入すること

日本小児血液・がん学会 理事長 殿

当施設は以下の者を小児血液・がん みなし指導医として認定を受けたく、必要書類を添えて申請します。

西暦 2016年 4月 1日

フリガナ	姓	名	性別	生年月日
申請者氏名	〇〇	〇〇	男	西暦 1980年 1月 1日
医籍登録番号	第 111111号		医籍登録年月日	西暦 2000年 3月 31日
小児血液・がん学会 会員番号	第 222222号		学会入会日	西暦 2005年 4月 1日
現住所(自宅)	〒112-0012 東京都文京区大塚 5-3-13			
電話	03-5981-6011	F A X	03-5981-6012	
E-mail	jspho@asas.or.jp			
勤務先名	〇〇病院			
所属	小児科			
職名	副部長			
住所(勤務先)	〒112-0012 東京都文京区大塚 5-3-13			
電話	03-5981-6011	F A X	03-5981-6012	
E-mail	jspho@asas.or.jp			
審査通知の 連絡方法	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 E-mail <input type="checkbox"/> 自宅 E-mail (いずれかひとつに <input checked="" type="checkbox"/>)			
郵便物の 送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 郵送 <input type="checkbox"/> 自宅 郵送 (いずれかひとつに <input checked="" type="checkbox"/>)			

② 小児血液・がん専門医 申告書

申請施設名 ○○ ○○

申請者氏名 ○○ ○○

西暦 2016年 4月 1日

小児血液・がん専門医認定証のコピーを別途提出してください。

<input type="checkbox"/> 日本小児血液・がん学会認定	小児血液・がん専門医
登録番号	専門医認定期間
第 333333 号	2014年 4月 1日 ~ 2019年 3月 30日

③ 常勤医証明書

西暦 2016年 4月 1日

申請施設名 ○○ ○○ _____

申請者氏名 ○○ ○○ _____

病院長として下記を証明する。

1. 上記の者は日本小児血液・がん学会の専門医研修施設である当施設に常勤医として所属している。

院長署名 ○○ ○○ _____ 印

赴任期間	西暦 2015年 4月 1日～
研修施設	○○病院小児科