

# ① 小児血液・がん指導医資格更新申請書

日本小児血液・がん学会 理事長 殿

私は小児血液・がん指導医資格更新の認定を受けたく、必要書類を添えて申請します。  
 なお、本件に関する全ての連絡は日本小児血液・がん学会への登録情報を基に行われることを了承します。

			西暦	年	月	日
フリガナ	姓	名	性別	生年月日		
申請者氏名			男・女	西暦	年	月 日
小児血液・がん学会 会員番号		学会入会日	西暦	年	月	日
小児血液・がん 学会専門医認定 番号		専門医認定日	西暦	年	月	日
小児血液・がん 学会指導医認定 番号		指導医認定日	西暦	年	月	日
勤務先名						
所属						
職名						
住所(勤務先)	〒					
電話		FAX				
E-mail	@					

# 指導医更新用

## ②学術業績リスト 学会発表

西暦 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

専門医更新に必要な直近の5年間（2015年4月1日から2020年3月31日）に細則第6条に示す本学会が指定する学会やセミナーでの発表3件に加え、さらに発表2件（合計5件）を追加報告すること。

発表は小児血液・小児がんに関する学会発表に限る。

筆頭演者としての発表は必ずしも必要としない。

筆頭演者発表には誌上発表は含まない。

1. 筆頭演者名 演題名 学会名 開催年月	
2. 筆頭演者名 演題名 学会名 開催年月	

<抄録（演題名、演者、所属、学会名、開催年月日を含む）の写しを添付のこと。  
学会名や開催年月は手書きで可。抄録の写しには本人の氏名に下線を引くこと。>