|  |
| --- |
| 所属地方学会 |

日本産科婦人科学会専門医制度

様式第23号

学会専門医再認定申請書

公益社団法人日本産科婦人科学会理事長殿　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

日本産科婦人科学会専門医の再認定を受けたく、申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ　　り　　が　　な |  | 印 |
| 申請者氏名 |  |
| 日本産科婦人科学会会員番号 |  |
| 医 籍 番 号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 現 住 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　）　　　－ |
| 勤 務 施 設 名 |  |
| 同 所 在 地 | 〒電話（　　　）　　　－ |
| 勤 務 形 態 | 常　勤　・　非　常　勤　　　（週　　日勤務）どちらかに○を付けて下さい |
| 2024年度の機構専門医更新申請の有無 | 有　・　無＊「無」の場合は所属地方委員会へ審査料と一括して登録料の送金が必要です。 |
| 　　　　　　　　　　　　　**推　　薦　　状**上記申請者を本学会専門医再認定審査を受ける者として推薦します。西暦2024年　　月　　日公益社団法人　日本産科婦人科学会地方連絡委員会委員委員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ゴム印でも可） |

|  |  |
| --- | --- |
| 地　方　委　員　会 | 中央委員会審査結果 |
| 受付日 | 受付番号 | 審査結果 | ※※ |
| ※ | ※ | ※可　・　保留 |

※印の箇所は地方委員会記入　　　※※印の箇所は記入不要

推薦状の箇所は申請者は記入しないで下さい。