日本産科婦人科学会　中央専門医制度委員会　行

（学会事務局　FAX番号：03-4330-2865、E-mail：chuosenmoniseido@jsog.or.jp）

学会専門医/指導医証明書発行依頼書

※どちらかに〇をお付けください。

氏　名：

証明書送付先：（先生のご勤務先又はご自宅、勤務先の場合は施設名もご記入ください）

〒　　　-

電話番号：　　　　　（　　　）

会員番号：　　　　　　　-N-

専門医/指導医証明書発行依頼理由：

専門医/指導医証明書提出先名：

和文・英文　希望

※どちらかに〇をお付けください。英文は専門医のみで指導医は対応していません。

※機構専門医の認定証の再発行は日本専門医機構で受け付けていますので、機構のホームページをご確認下さい。