

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 年 月 日

フリガナ	姓	名	性別	生年月日
申請者氏名				西暦 年 月 日
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日	西暦 年 月 日
小児血液・がん学会 会員番号	第	号	学会入会日	西暦 年 月 日
現住所(自宅)	〒			
電 話		F A X		
E-mail				
勤務先名				
所属 職名				
住所(勤務先)	〒			
電 話		F A X		
E-mail				
審査通知の 連絡方法	<input type="checkbox"/> 勤務先 E-mail <input type="checkbox"/> 自宅 E-mail (いずれかひとつに☑)			
郵便物の 送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 郵送 <input type="checkbox"/> 自宅 郵送 (いずれかひとつに☑)			

③ 常勤医証明書

西暦 年 月 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 年 月 日～
研修施設	

