

日本形成外科学会
教育関連施設 新規申請書

20 年 月 日

一般社団法人 日本形成外科学会
認定施設認定委員会 殿

認定施設(親施設)名

認定施設責任者氏名

印

当施設は、日本形成外科学会 専門医制度細則に基づいて、
下記の施設を教育関連施設として申請します。

施設名(病院名および診療科名)

臨床研修病院で[ある・ない] / 総合的(300床以上)な病院で[ある・ない] / 診療科として標榜して[いる・いない]

申請責任者(形成外科 科長)

申請責任者
専門医番号

-

同職名

所在地

〒 -

[都道府県]

[市区町村]

[丁目 番地]

TEL : [必須]

内線 ()

mail : [必須]

※メールアドレスは認定施設認定委員会より連絡事項を送信させていただく場合が有りますので、定期的(確実)にチェックするメールアドレスを記載してください。

常勤の日形会会員氏名(形成外科責任者も含めて記入)

専門医は専門医番号を記載して下さい(専門医でない場合は空欄)

	氏名	職名	専門医番号		氏名	職名	専門医番号
01.			-	04.			-
02.			-	05.			-
03.			-	06.			-

現在認定施設である場合 → 認定施設番号

- -

以下、該当項目の口にチェックを付けてください

- 以前、認定施設 or 教育関連施設であった。
 今回、初めて申請を行った。

「皮膚科内形成外科診療班」の様な、他科診療科内の診療班の場合は、新規申請をされても承認されませんので、
ご注意ください。