

年 月 日

熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会
肝がん部会長 様

住 所 _____

フリガナ _____

氏 名 _____ 印

フリガナ _____

所属医療機関名 _____

医籍登録番号 _____

Tel _____

肝臓病認定医認定登録〔新規〕申請書

このことについて、下記のとおり所定の要件を満たしているので認定審査手数料を添えて、新規申請します。
なお、肝臓病認定医の認定登録条件等の2の遵守事項については、これを遵守することを約束します。

記

(該当するもの全てに☑を付けること)

- 第1号 日本肝臓学会 日本消化器病学会 日本消化器外科学会の専門医
- 第2号 消化器疾患の診療に従事して10年以上の経験を有する医師

第3号 特に部会長が十分な研修歴を有すると認めたもの

なお、何れの認定条件にあっても肝疾患に対する専門的な経過観察が可能で、必要に応じて指定高次専門施設、一般医療機関との連携が行えること

第4号 認定登録がなされた場合、熊本県医師会インターネットホームページへ掲載致します。

- 注) 1. 認定審査手数料1万円（2つ目以降の申請は2,000円）を添えて申請すること。
2. 申請者は裏面に申請者の略歴等を必ず記入すること。
3. 第1号による申請者は学会の認定証の写しを添付すること。
4. 第3号による申請者は研修歴を証明するもの(当該所属長の証明書等・証明書の様式は自由)を添付すること。
5. 医籍登録番号は必ず記載すること。
6. フリガナは必ず記載すること。

(裏面に続く)

申請者の略歴(最終学歴、勤務施設、研修歴等を記載すること)

(1) 略歴(最終学歴、勤務歴、所属学会等)

(2) 研修歴

上記申請内容に相違ありません。

年 月 日