社会医学系専門研修プログラム 専攻医 登録票

一般社団法人 社会医学系専門医協会　御中

以下のとおり、「研修プログラム管理委員会」経由で、専攻医として登録します。

記載日：西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | （西暦）　　　　年　　 月　 　日生 | | |
| 氏　名 |  | |
| 医籍登録番号 | 第　　　　　　　　　　号 | | 上記の氏名と違う場合、医籍上の氏名 | | |
| 医籍登録年月日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 登録の鍵とする学会  （当協会の構成学会） | 学会 | □ 入会済⇒会員番号： | | | |
| □ 左記学会に未入会だが至急入会する | | | |
| 上記を含む  所属学会  （すべて） | □日本衛生学会　□日本産業衛生学会　□日本公衆衛生学会  □日本医療・病院管理学会　□日本医療情報学会  □日本疫学会　□日本集団災害医学会　□日本職業・災害医学会 | | | | |
| 主たる所属  （ひとつのみ） | □行政　□職域　□教育研究機関　□医療機関（大学病院を除く）  □その他（　　　　　　　 　　　　　　 ） | | | | |
| 住所(送付先･連絡先)  □ 勤務先  □ 自宅 | (住所)　〒  TEL　　　　　　　　 　　　FAX | | | | |
| E-mailアドレス  （携帯ｱﾄﾞﾚｽ不可） | ＠ | | | | |
| 所属と職位（大学院生含む）（2018年度） |  | | | | 〔職位〕 |
| 研修プログラム名 |  | | | | |
| 専門研修開始年月 | （西暦）　　　　　年　　　　　月　　（開始） | | | | |
| 専門研修修了予定 | （西暦）　　　　　年　　　　　月　　（修了予定） | | | | |
| 担当指導医の氏名と　　所属・職位 |  | | | ［所属・職位］ | |
| 担当指導医登録番号（指xx－xxxxxx） |  | | | | |

　※所属が変更になりましたら、当協会事務局(senmonshakaii-office@ umin.ac.jp)までお知らせください。

※ 2018年度年間登録料５千円の振り込み明細書のコピーを添付(ﾎｯﾁｷｽ留め等)し、ご自身が所属する専門研修プログラムの管理委員会にしてください。

振込先：三井住友銀行　支店名：東京公務部（店番号０９６）　普通　０１７６５０３

口座名義「一般社団法人 社会医学系専門医協会」