経過措置 指導医 認定申請書

一般社団法人 社会医学系専門医協会　御中

下記のとおり申請します。　　　　　　　　　記載日：西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| これまでの  協会への  申請履歴 | ●過去の経過措置専門医･指導医認定申請の有無　□有り　□ 無し  （2017年度申請、2018年度申請）  ●E-ラーニング使用申込の有無　　　　　　　 　□有り　□ 無し  （審査料の免除となります。）  ●受験資格事前審査申請の有無　　　　　　　 　□有り　□ 無し  （2018年8月実施） | | | | |
| ふりがな |  | | （西暦）　　　　年　　月　　日生 | | |
| 氏　名**＊1** |  | |
| 登録の鍵とする学会  ※当協会の構成学会  （学会歴） | 学会  （ 学会歴　　　　年 ） | | 会員番号：  **下記８学会の内の一つ (入会必須)** | | |
| 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（　　　　　　　 　　　　　　 ） | | | | |
| 主たる勤務先名  と役職(2018年度)  ひとつのみ |  | | | 役職 |  |
| 住所(送付･連絡先) **\*2**  □ 自宅  □ 勤務先 | (住所： 送付物が届くように、組織名・所属名も必ず記載してください)  〒 | | | | |
| (TEL) | (FAX) | | | |
| E-mailｱﾄﾞﾚｽ  （携帯ｱﾄﾞﾚｽ不可） | ＠ | | | | |
| 医籍登録 | 登録年月日：　（西暦）　　　年　　　月　　　日  登録番号： | | | | |
| 社会医学系の経歴の要点（詳細は裏面）  始期と終期の年月と期間を記入。  非常勤の頻度(常勤換算､ｴﾌｫｰﾄ率等)がわかるように記入 |  | | | | |
| 経歴年数  （上記の合計） | 社会医学系の経験年数 (常勤換算)　　合計（　　　）年（　　　）か月  （2019年4月1日時点） | | | | |

\*1,\*2認定された場合、氏名と都道府県は、ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ上などに公表されます。ご了承ください。

\*1, 認定証は、「氏名」欄のお名前（漢字）を使用いたします。（例：高、髙、﨑など）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 氏 名 |  |

申請書は、２頁を両面で１枚として　提出してください。

|  |
| --- |
| 社会医学系での活動・実績：当文書は、認定判定の参考にします。  ※ 必ず、当該ページ１頁以内で記載してください。 |
| ○他の専門医、指導医、認定専門家（括弧内に登録番号記載）、労働コンサルトの有無  ○職歴（できるだけ時系列でわかりやすく、役職を含めて記載してください。）  〔例：○年○月～○年○月 週に□日〕※始期と終期を必ず記載ください。  ○社会医学系の活動歴　（できるだけ時系列でわかりやすく記載してください。）  （非常勤や兼任の際は、期間[年月数]と頻度[週に何時間か等]がわかるよう記載すること。  〔例：○年○月～○年○月 週に□日〕主導者や代表か協力者か等、役割を明示すること。）  〔例：医療安全委員会委員長、院内感染制御委員会委員長　○年○月～○年○月〕  〔例：研究歴　○年○月～○年○月、研究内容、代表研究者か研究協力者を記載〕  〔例：大学院歴　○年○月～○年○月、フルタイムか社会人大学院生か、卒業年も記載〕  〔例：臨床活動と研究活動を兼任している場合は、エフォートも記載〕  ○論文・学会発表歴（筆頭著者･筆頭演者かどうかも、記載してください）３件まで  ○基本プログラム（7科目×7時間=49時間）の受講　（別添、貼付資料参照）  ○指導医講習会の受講　（別添、貼付資料参照　または　受講予定）  （指導医講習会未受講の場合は、受講予定の旨記載ください） |