**特例措置による社会医学系専門医・指導医申請書**

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

　　　　　審査料振込日：西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 「  （写真貼付欄）          」 | |
| 氏　名 |  | | |
| 生年月日（西暦） | 年 　　　月　　　　日生 | | |
| 登録の鍵とする学会  ※当協会の構成学会  （学会歴） | 学会   （2025年4月現在　学会歴　     年）   （会員番号　　　　　　　　　　　） | | |
| 上記を含む  所属学会  （全て） | □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  □日本医学教育学会　□日本国際保健医療学会　□日本法医学会 | | | | |
| 所属団体 （全て）  （所属歴）  ※最も長いものを記載 | □全国衛生部長会　□全国保健所長会　□地方衛生研究所全国協議会  □全国衛生学公衆衛生学教育協議会　□日本医師会　 □日本医学会連合  （ 2025年4月現在　所属歴　　　　  年 ） | | | | |
| 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 |  | | 役職 | |  |
| 住所(送付･連絡先)  □ 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アドレス  （添付ファイルを開くことができるもの） | @ | | | | |
| 医籍登録 | 登録年月日：（西暦）　　　　　　　年 　　　月　　　　日  登録番号：  （2025年4月現在　医歴　  　　年） | | | | |
| 経歴年数 | 社会医学系の経験年数 (常勤換算)　合計（　　　）年（　　　）か月  （2025年4月時点） | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者  氏 名 |  |

|  |
| --- |
| 社会医学系での活動・実績は、必ず、当該ページ１頁以内で記載してください。 |
| ○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[○年○か月] 週に□日〕※始期と終期を必ず記載ください。  非常勤の場合は、勤務頻度(常勤換算、エフォート率等)がわかるように記入                      ○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[○年○か月]週に□日〕主導者や代表か協力者か、役割を明示。）  〔例：研究歴　○年○月～○年○月[○年○か月]、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[○年○か月]フルタイムか社会人大学院生か修了年も記載〕  〔例：臨床活動と研究活動を兼任している場合は、エフォート率も記載〕                        〇指導講習会受講状況  講習会名  開催年月日（西暦）　　　　　　　年 　　　月　　　　日  開始時間・終了時間　　　時　　　分～　　　時　　　分  開催場所 |