経過措置指導医 登録申請書

一般社団法人 社会医学系専門医協会　御中

社会医学系専門医・指導医の登録を申請します。　　　記載日：西暦　　　年　　月　　日

（指導医は専門医も含みます）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録番号（6桁数字） |  | ←審査結果のご案内の文書でお知らせしています。必ず記入してください。 |
| ふりがな |  | （西暦）　　　　年　　月　　日生 |
| 氏　名 |  |
| 登録の鍵とする学会（当協会の構成学会） | 　　　　　　　　　　　　　学会 | 会員番号：**下記８学会の内のひとつ（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（　　　　　　　 　　　　　　 ） |
| 住所(送付先･連絡先) **\*1**□ 自宅□ 勤務先 | (住所)　〒TEL　 |
| E-mailｱﾄﾞﾚｽ **\*1**（携帯ｱﾄﾞﾚｽ不可） | 　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 主たる勤務先名と役職 **\*2**（2019年度） |  | 役職 |  |
| 主たる勤務先の都道府県**\*2** |  | ←都道府県別に、氏名をホームページ上に掲載します。 |

※更新要件については、HPの「専門医・指導医申請」ページをご確認ください。

　　（http://shakai-senmon-i.umin.jp/specialist/specialist03/）

**＊１**研修プログラムの責任者より照会があった際の連絡先提供を行うことがあります。

**＊２**２０１９年４月１日以降の情報を記載してください。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。