社会医学系専門医 登録申請書

一般社団法人 社会医学系専門医協会　御中

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 （携帯ｱﾄﾞﾚｽ不可）\*2 | 　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 主たる勤務先名と役職（2020年度） |  | 役職 |  |
| 主たる勤務先の都道府県 |  | ←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　２０２０年１０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

　　(jbphsm@asas-mail.jp)までお知らせください。

\*2　添付ファイルを開くことができるものをご記載ください