

# 日本専門医機構認定 形成外科専門医資格更新申請書

20 年 月 日

フリガナ .....

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属施設（病院・医院）名  
\_\_\_\_\_

勤務先住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 （電話： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_）

（FAX： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_）

E-mail アドレス1： \_\_\_\_\_

アドレス2： \_\_\_\_\_

専門医登録番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 医籍登録番号 \_\_\_\_\_

現在の認定期間 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 年 4 月 1 日 ~ 20 \_\_\_\_\_ 年 3 月 31 日

学位（任意） 有 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月取得 無

以下 事務局記入欄 ..... 受付番号

# 単 位 集 計 表

申請者氏名 \_\_\_\_\_

項目		直近5年以内に取得した審査提出分単位	更新申請に必要な単位
i) 診療実績の証明	A 形成外科領域の手術実績	単位	(0~10 単位)
	B 症例一覧の提示による診療実績	単位	(0~10 単位)
	A+B	① 単位	10 単位
ii) 専門医共通講習	a.必修講習	医療安全：	各 1 単位以上必須
		単位	
		感染対策：	
	単位		
	医療倫理：		
単位			
b.その他	単位	(0~7 単位)	
a+b	② 単位	3 単位以上必須 最大 10 単位	
iii) 形成外科領域講習	③ 単位	15 単位以上	
iv) 学術業績・診療以外の活動実績	④ 単位	6~15 単位	
総合計 (①+②*+③+④) *②には必修講習各 1 単位以上が必須です	単位	50 単位	

以下 事務局記入欄 -----