

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 性別 男性 ・ 女性

所属施設（病院・医院）名

勤務先住所 〒 _____ - _____

送付先住所 〒 _____ - _____ ※勤務先と同じ場合は無記入

連絡先 (電 話 : _____ - _____)

(FAX : _____ - _____)

※メールアドレスは必ず1つは記載して下さい。

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

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： 単位	各 1 単位以上必須
		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	5 単位以上必須 最大 10 単位
iii) 形成外科領域講習	③ 単位	20 単位以上	
iv) 学術業績・診療以外の活動実績	④ 単位	3~10 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 -----