

## 形成外科領域専門医 活動休止申請書

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

専門医番号 \_\_\_\_\_

所属施設（病院・医院）名

\_\_\_\_\_

勤務先住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

連絡先（電 話： \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ ）

（F A X： \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ ）

施設長氏名 \_\_\_\_\_ (印)

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで、

専門医活動を休止致しますので、別添理由書を添付致します。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日提出

※特別な理由（留学、妊娠、出産、育児、病気療養、介護、管理職、災害被災など）のために専門医の更新ができない場合、本活動休止申請書を提出し、領域専門医委員会と専門医認定・更新部門委員会の審査と承認を経て、専門医活動の休止が認められます。

※休止期間は専門医を呼称する事はできません。

※休止期間に上限はありませんが、2年を超えて延長を希望する場合には3年目から1年間の休止期間の延長願いを理由書と共に提出して、上記委員会の承認を受ける必要があります。

※専門医活動休止期間の満了や終了は上記委員会への申請と承認が必要です。その後、専門医としての活動が再開できます。活動休止期間を除く前後の合計5年間に規定の50単位を取得して次の専門医資格を更新して下さい。

(様式 9-1)

# 形成外科領域専門医 活動休止理由書