

日本形成外科学会
認定施設 新規申請書

20 年 月 日

一般社団法人 日本形成外科学会
認定施設認定委員会 殿日本形成外科学会 専門医制度および同細則も基づいて、
下記の施設を認定施設として申請します。

施設名(病院名および診療科名)

臨床研修病院で[ある・ない] / 総合的(300床以上)な病院で[ある・ない] / 診療科として標榜して[いる・いない]

施設長氏名(病院長)

公印

申請責任者(形成外科 科長)

専門医番号

-

同職名

所在地

〒 -

[都道府県]

[市区町村]

[丁目 番地]

TEL: [必須]

内線 ()

FAX: [必須]

mail: [必須]

※メールアドレスは認定施設認定委員会より連絡事項を送信させていただく場合がありますので、定期的(確実)にチェックするメールアドレスを記載してください。

常勤の日形会会員氏名(形成外科責任者も含めて記入)

専門医は左端の番号に○印を付けてください。

	氏名	職名	会員番号		氏名	職名	会員番号
01.			013	04.			013
02.			013	05.			013
03.			013	06.			013

現在教育関連施設である場合 → 教育関連施設番号

- -

以下、該当項目の口にチェックを付けてください

- 以前、認定施設 or 教育関連施設であった。
 今回、初めて申請を行った。

「皮膚科内形成外科診療班」の様な、他科診療科内の診療班の場合は、新規申請をされても承認されませんので、
ご注意ください。