（様式1 - 1）

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

英文氏名

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 ： － － ）

E-mail アドレス：

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

（様式 1 - 2 ）

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 | 3単位以上必須  最大10単位 |
| iii) 形成外科領域講習 | | ③  単位 | 最小15単位  ～最大31単位 |
| 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 --------------------------------------------------------------------------------------------------------