（様式７）

日本形成外科学会特定分野指導医

レーザー分野指導医認定暫定申請書

※□にチェック☑を入れてください。

【下記2点必須】

□ １）日本国の医師免許を有していること。

□ ２）本学会認定専門医の資格を1回以上更新していること。

【下記はいずれかを満たすこと】

* ３）日本レーザー医学会指導施設・認定施設の形成外科施設長。

施設名：

* ４）以下の条件をすべて満たす施設の形成外科施設長。

**・【条件１】医育機関、日本形成外科学会認定施設、教育関連施設**

**あるいは研修基幹施設、連携施設**

↑該当する区分に〇をつけてください。

施設名：

**・【条件２】年間レーザー施術症例50例以上**

* 年間レーザー施術症例50例以上の証明のため【様式６】を利用して、施設で年間50例あることを証明してください
* ５）上記３）、４）に常勤として２年以上在籍し、形成外科施設長の推薦のあるもの。
* 【別添１必須】

（別添１）

推　薦　書

レーザー分野指導医認定委員会　御中

　氏　名　：

上記の者をレーザー分野指導医として推薦いたします。

　西暦　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　 所属長　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　＊所属長は研修施設責任者名を記載してください。