一般社団法人 日本病態栄養学会認定

ＰＣ作成用ダウンロード様式

病態栄養専門医研修

指導医申請書類

2018年度以降適用改定専門医制度規則版

**１．**指導医申請書**（様式１）**

**２．**履歴書**（様式２）**

**３．**業績目録**（様式3）**

**４．**診療実績証明書**（様式4）**

**５．**審査料払込金受領証コピー貼付頁**（様式5）**

※以下に氏名、会員番号、専門医番号を記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | | | | | | | | | |
| 会員番号 |  | |  | |  | |  | |  | |
| 専門医番号 |  |  | | **－** | |  | |  | |  |

**【申請書類の作成・提出要項】**

１．まず、お使いのPCの任意の場所にこのフォームを保存してから作成する。

２．自署・捺印欄以外は直接PCで入力する。

３．文字英数のサイズ、フォントは任意。但し各々A4サイズ１枚且つ、それぞれの枠内に収める。

４．文字は全角、英数は半角で入力する。

５．年号はすべて西暦で記入する。

６．様式５は印刷して、事務局が郵送した審査料払込用紙で振込み後の払込金受領証の**コピー**を糊付けする。

㊟別途本会の領収書は発行しないので、原本は申請者本人が保管する。

７．本紙を含め全６頁を印刷して、所定欄に自署・捺印のうえ左上をクリップ留めする。（ホチキス不可。）

８．事務局から郵送した専用封筒で簡易書留にて郵送する。

**（様式１）**

**病態栄養専門医研修**　**指導医申請書**

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

日本病態栄養学会専門医制度委員会　御中

私は、改定病態栄養専門医制度規則並びに、別紙申請要項に同意のうえ、病態栄養専門医研修指導医

の認定を申請します。

**\*全項目すべて記入**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | 生年月日（西暦） | | |
| 申請者氏名 |  | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 会員番号※ |  | |  | |  | |  | |  | | | 入会年月日※ | | 年 月 日 |
| 専門医番号※ |  |  | | — | |  | |  | |  | | 専門医取得年月日※ | | 年 月 日 |
| 自宅〒  住　所  TEL | 〒 - | | | | | | | | | | | | | |
| 常勤施設名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 役職 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 常勤施設〒  所在地 | 〒 - | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先TEL |  | | | | | | | | | | 勤務先FAX | |  | |
| e-mailアドレス |  | | | | | | | | | | | | | |
| 本会役職 | □あり（学術評議員、代議員など）　□なし \*いずれかに☑ | | | | | | | | | | | | | |
| 他の所属学会と  役職 |  | | | | | | | | | | | | | |

\*上記※印項目は、事務局から郵送した審査料払込用紙に記載

申請者自署・捺印：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

\*上記枠内に入力して印刷後に自署、捺印

**（様式２）**

**履歴書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | | 年 月 日 |
| 氏　名 |  |
| 医籍登録番号 |  | 医籍登録年月日 | | 年 月 日 |
| 最終学歴 |  | 卒業年 | | 年 |
| 学位の有無 | □有　□無 | 学位取得年月日 | | 年 月 日 |
| 学位論文名 |  | | | |
| 職歴（期間） | 勤務施設名 | | 職名 | |
|  |  | |  | |

上記の通り相違ありません。

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

申請者自署・捺印：　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

\*上記枠内に入力して印刷後に自署、捺印

**（様式３）**

**業績目録**

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

申請者自署・捺印：　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

\*以下に入力して印刷後に自署、捺印

所属施設名：

職名：

主な業績（本会学術集会発表または病態栄養学に関する論文2編以上）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学術集会名または  掲載誌名 | 発表年（西暦）  巻・頁～頁 | 演題名または論文題名 |
|  |  |  |

\*申請者が筆頭の場合は，演題名または論文題名の前に○をつけること

\*本会専門医取得後の業績であること。（取得以前のものは不可）

**（様式４）**

**診療実績証明書**

申請者自署・捺印：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

\*以下に入力して印刷後に自署、捺印

申請者（氏名）　　　　　　は、当施設において栄養治療に常勤として従事しており、

病態栄養に関する豊富な学識と経験を有していることを証明します。

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

施設（病院）名称：

施設長（病院長）氏名・捺印：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

\*記名のうえ印刷後に押印　\*施設長または病院長の印とする

**（様式５）**

**審査料払込金受領証のコピー貼付ページ**

■審査料（20,000円）は、別途事務局から郵送した専用払込取扱票を使用してお振込み下さい。

■申請書類提出前にお振込み頂き、払込金受領証の**コピー**を本ページに糊付けして下さい。

本頁に払込金受領証コピーの貼付がないものは受理出来ません。（申請不可）

■審査料払込金受領証をもって領収書とするので、必ず**コピー**を貼付し原本はご自身が保管して

下さい。

（別途領収書は発行しません）

糊付け位置

糊付け位置