**遺伝性腫瘍専門医　研修開始申請書**

遺伝性腫瘍専門医・HTC/FTC制度委員会　御中

私は、遺伝性腫瘍専門医制度に基づき、研修を開始いたしますので、ここに申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 　西暦　　　　年　 　月　 　日 |
| ふ り が な氏名 | 　　　 |
| 勤務先所属住所電話番号 |  |
| 医籍登録番号登録年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 日本遺伝性腫瘍学会会員番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ※入会手続き中の方は「入会手続き中」と記載して下さい。 |
| 専門医（認定医）資格認定番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修施設名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 専門医研修開始日 | 　西暦　　　　　年　 　月　 　日 |

【研修施設指導責任者記入欄】

　上記に相違ないことを証します。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

指導医（署名）：

指導医番号　 ：

送付先：〒675-0055　加古川市東神吉町西井の口601-1有限会社トータルマップ内

日本遺伝性腫瘍学会事務局　　　E-mail: jsht@totalmap.co.jp