**一般社団法人日本小児麻酔学会　認定医（更新）資格　申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受付番号

一般社団法人日本小児麻酔学会

認定医審査委員会　御中

日本小児麻酔学会　認定医更新資格を申請いたします。

（西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日

1. 申請者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 姓 | 名 |
| フリガナ |  |  |
| 氏 名 |  |  |

1. 会員番号　　 　　　　　　　　　　　　③　認定番号

④　勤務先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設（病院）名 |  | |
| 所属診療科名 |  | |
| 所 在 地 | 〒 | TEL |

⑤　Ｅ-mailアドレス

|  |  |
| --- | --- |
| E-mail |  |

⑥　 学術大会・学術プログラム参加報告

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 学術大会名・学術プログラム名 | 開催年月 |
| 1 |  | 西暦　 　　年　　　月 |
| 2 |  | 西暦　 　　年　　　月 |
| 3 |  | 西暦　 　　年　　　月 |
| 4 |  | 西暦　　 　年　　　月 |
| 5 |  | 西暦　　 　年　　　月 |

\*更新申請する年の5年前の4月1日から更新申請する年の3月31日までの間の参加記録

　　　　 \*日麻のカード登録による学術集会参加録（小児麻酔学会学術術集会の記載）は可とする

\*何も証明の無い方の救済処置として上記に加え上記期間中の筆頭演者及び座長を加える

⑦　認定医更新実績資料（以下のいずれかを添付ください）

１．発表抄録の写し

２．座長・コメンテーターとして参加したプログラムの写し

　　 ３．当学会誌に掲載された論文の写し

⑧　更新申請料（￥3,000-）をご納入の上、領収書（振込控え）を同封してご申請ください。

振込先：　 三井住友銀行／新宿支店／普通／4966029

一般社団法人日本小児麻酔学会：イッパンシャダンホウジンニホンショウニマスイガッカイ

申請書類送付先：〒160-0022東京都新宿区新宿1-15-11 イマキイレビル

一般社団法人日本小児麻酔学会　認定医審査委員会宛