日本腹膜透析医学会 認定医 認定申請書

NPO

法 人

（一般社団法人日本透析医学会の専門医を有さない場合）

令和　　　年　　　月　　　日

日本腹膜透析医学会　会員番号（　　　　　　　　　）　氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日　　　年　　月　　日  （昭和・平成　　年） | | | □ 男  □ 女 |
|  |  |
| 氏名 | 姓　　　　　 名 |
| 勤務先 | フリガナ | | 所属科・標榜科名 | | |
| 名称 | |
| 所在地〒 | | | | |
| 電話番号 （ 　 ） ―　　　　 　内線（ 　）  FAX番号 （　　　 ）　　　 ―  E-mail： | | | 認定証送付先  □勤務先　□自宅  施設会員（代表者）の方は施設へ送付 | |

注）自宅へ送付希望の方は、正会員登録住所へ送付致します。

* 申請時において、本学会学術集会・総会に過去３回以上参加している。

|  |
| --- |
| 第　　　　回日本腹膜透析学術集会･総会　　参加 |
| 第　　　　回日本腹膜透析学術集会･総会　　参加 |
| 第　　　　回日本腹膜透析学術集会･総会　　参加 |

※参加証のコピー等を添付してください。

* 腹膜透析に関する発表を過去５年間で１件以上，もしくは論文（基礎的・臨床的研究あるいは症例報告でも可）１編以上の業績があること．（いずれも筆頭者でなくても可）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学会名・雑誌名 | 発行年 | 演題名・論文名 | 発表者名 |
|  |  |  |  |

※証明するものを添付してください。

　　□　連携認定医として3年以上の実績がある。

認定医番号

NO.