日本血液学会

　専門研修教育施設　認定申請書

平成　　　年　　　月　　　日

**日本血液学会 理事長 殿**

当科は、日本血液学会専門医制度における専門研修教育施設としての認定をうけたく、申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  |
| 施 設 名 |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  |
| 診療科名 |  |
| 診療科長名 |  | 印 |
| 施設所在地 | 〒 |
| 電　話 |  | ＦＡＸ |  |
| ＨＰ URL | http(s):// |
| 申請担当者名 | 〔部署：　　　　　　　　　　　　　e-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 責任者名（代表専門医） | 会員番号（　　　　　　　　）　血液専門医番号（　　　　　　　　） |
| 登録専門医名１. | 会員番号（　　　　　　　　）　血液専門医番号（　　　　　　　　） |
| ２. | 会員番号（　　　　　　　　）　血液専門医番号（　　　　　　　　） |
| ３. | 会員番号（　　　　　　　　）　血液専門医番号（　　　　　　　　） |

※ 記入欄不足の場合は、用紙コピーの上、追記下さい。

〔下の欄は記入しないで下さい。審査事務のために、記入するものです。〕

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**日本血液学会 専門研修教育施設の申請につき、下記要件を全て満たしていることを**

**証明いたします。**

平成　　　年　　　月　　　日

施設名

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（病院長名）

**診療科名　：**

**専門研修教育施設要件**（ 該当箇所□に✓をいれること）

□　1) 血液病床を５床以上有していること。

□　2) 血液専門医１名以上が在籍していること。

□　3) 血液の専門外来を有していること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以　上