**血液専門医研修開始申請書**

（新専門医制度）

日本血液学会　理事長殿

日本血液学会　研修認定施設・教育施設での専門医研修を行いたいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 〔西暦〕　　　年　　　月　　　日 |

研修希望者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 生 年 月 日 | |
| 氏名 | ㊞ | | | 年　　月　　日 | |
| 会員番号 |  | 入会年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 連絡先 | 〒 | | | | |
| 電　話 |  | | | | |
| e-mail | ＠ | | | | |
| 医籍登録番号 |  | 医籍登録年度 | | | 年 |
| 出身大学 |  | | 年 　 月卒業 | | |
| 基盤領域 | 内科　　　　小児科　　（いずれかを選択） | | | | |

上記の申請を受け付け、〔西暦〕　　　　年　　　月　　　日　から、

日本血液学会　研修認定施設　・　教育施設　での専門医研修を開始します。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 〔西暦〕　　　　年　　　月　　　日 |
| 教育施設名 | 研修認定施設・教育施設 |
| 教育責任者氏名 | 指導医・専門医  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |