|  |
| --- |
| オンライン申請番号：　　　－新－　　　　番 |
| 申請日（西暦）：　　　　年　　　月　　　日 |

(一社)日本移植学会

移植認定医制度委員会　御中

日本移植学会認定医制度規則および同施行細則にもとづき、移植認定医として申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日本移植学会会員番号 | 140 － | |
| フリカナ |  | |
| 氏名 |  | ㊞ |
| 生年月日（西暦） |  | |
| 医籍登録番号 |  | |
| 医籍登録年月日（西暦） | ※証書の写し（A4サイズコピー）を添付すること | |
| 所属先 |  | |
| 所属科・部門 |  | |
| 所在地 | 〒 | |
| 施設電話番号 |  | |
| 施設FAX番号 |  | |
| E-mail |  | |

※ご連絡、結果通知書等の送付は、会員登録情報を参照いたしますので更新をお願いいたします。

※ご連絡はメールにて行いますので、必ずPCからのメール受信が可能なアドレスをご記載ください。