

(様式 1)

受付No. \_\_\_\_\_

## 皮膚科専門医資格更新申請書

西暦 年 月 日

一般社団法人 日本専門医機構 御中

私は、皮膚科専門医の資格更新をしたく、専門医資格更新審査料を添えて申請致します。

※認定証発行の原稿として扱いますので正確にご記入下さい。  
※記入不備がありますと“再手続き”となります。

ふりがな			
氏名	氏	名	
氏名英語表記	氏	名	
性 別： 男 ・ 女	日本皮膚科学会会員番号		
学 位： あり ・ なし	E - m a i l	@	
生年月日（西暦）	年 月 日	所属支部	東部 ・ 東京 ・ 中部 ・ 西部
医籍登録No.		医籍登録年月日（西暦）	年 月 日
専門医No.		専門医初回認定日（西暦）	年 月 日
指導医認定： あり ・ なし	※指導医の条件 下記(1)(2)のいずれかであり、かつ(3)の条件を満たすこととする。 (1) 皮膚科専門医を 1 回以上更新していること。 (2) 皮膚科専門医で指導医講習を受けていること。 (3) 過去 5 年間に 1 編以上の共著論文があること。		
指導医資格の更新： 希望する ・ 希望しない			
自宅住所（〒 - ）			
電 話：（ ）－（ ）－ / F A X：（ ）－（ ）－			
勤務先または開業先住所（〒 - ）※複数個所で記載されている場合は、主として勤務されている勤務先を記載ください。			
電 話：（ ）－（ ）－			
勤務先区分 主たる勤務先区分をチェックしてください。 【 】 1. 大学病院 【 】 2. その他病院 【 】 3. 開業 【 】 4. 企業 【 】 5. その他 ※現在、休職中などで実際に勤務をしていない場合でも、雇用関係が維持されている場合には、1 から 4 の該当する区分に丸を付けてください			
勤務先または開業先名称			

### 皮膚科専門医マップの公開について

皮膚科領域機構専門医の更新が認められた場合、日本皮膚科学会 HP で公開している皮膚科専門医マップに氏名、勤務先、勤務先住所、勤務先電話番号を掲載し、公開することとしております。公開について同意できない場合は、皮膚科領域機構専門医として広告表示をすることができませんのでご注意ください。

皮膚科専門医マップの公開に ： ☐ 同意する ☐ 同意しない

更新審査料について、該当するお支払方法にチェックを付けてください。

☐ 口座引落 ☐ 銀行振込 ☐ 郵便振替