（専門資格認定申請　様式 1-1）

**一般社団法人日本女性医学学会**

**認定審査申請書**

（医師以外の医療従事者）

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

一般社団法人　日本女性医学学会　理事長殿

私は、日本女性医学学会専門医制度（専門資格制度）による認定審査を受けたく、

必要書類ならびに審査料を添えて申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | （会員番号 数字7桁） |
| 氏名 |  | |
| 勤務施設名 |  | | |
| 上記所在地 | 〒 | | |
| Tel： | Fax： | |
| 連絡先 | 記入不要　※「マイページ」に登録のE-mailアドレス | | |
| 通知送付先 | 記入不要　※合否通知は「マイページ」に登録の「雑誌送付先」に送付。申請前に自身で確認、必要に応じて修正しておくこと。 | | |
| 備　　考 |  | | |

記入注意　 1）記入はすべてワープロを使用のこと。

　　　　 2）諸連絡はE-mailで行うので、必ず「マイページ」にてE-mailを登録すること。

申請チェック欄（申請をする前にすべて揃っているか各自チェックすること）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 申請書類 （申請書・履歴書・活動報告書） |
|  | 会費完納 （2024年度会費まで） |
|  | 研修単位30単位以上の取得 |
|  | 会員継続3年以上 （2021年12月31日以前に入会） |

事務局記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号： | 受付日： |

（専門資格認定申請　様式 1-2）

**一般社団法人日本女性医学学会**

**資格証明確認書**

* 資格証明書のコピーを添付すること。
* 現在有効な認定期間のものを提出すること。
* コピーは縮小してこの様式内に収まるように貼付するか、A4サイズで別添えすること。

（注：折りたたんだり重ねて貼付しないこと）

（専門資格認定申請　様式 1-3）

**一般社団法人日本女性医学学会**

**認定審査料振込確認書**

審査料の振込が確認できるもの（利用明細，振込票，ネットバンキングでの振込の場合は振込完了画面のプリントアウトなど）のコピーを添付。

* 必ず受験者の氏名で振込し、振込手数料は各自負担とすること。
* 個人情報保護のため、口座番号を消したものを添付すること。
* コピーは縮小してこの様式内に収まるように貼付するか、A4サイズで別添えすること。

（注：折りたたんだり重ねて貼付しないこと）