

日本がん検診・診断学会がん検診認定医 年がん検診認定医講習及び試験申請書

(下線部に申請時の西暦年をご記入ください)

氏名 西暦 年 月 日生

男性・女性 (どちらかに○を付けてください)

現住所 〒

勤務先(役職)

勤務先住所 〒

TEL(内線): () FAX:

E-mail:

本学会会員歴が3年に満たず、本制度が定着するまでの経過措置を適用される場合は、下記の関連7学会から学会名をご選択ください。

- ・日本消化器がん検診学会(日本消化器集団検診学会)
- ・日本肺癌学会
- ・日本婦人科がん検診学会
- ・日本腎泌尿器疾患予防医学研究会
- ・日本乳癌検診学会
- ・日本小児がん学会
- ・日本医学放射線学会

入会年度: 年	学会名:
---------	------

(経過措置を適用される場合は5年以上在籍証明書類添付)

医師資格取得年月日	西暦 年 月 日
-----------	----------

(日本国医師免許と専門医証明書のコピー添付)

業績 学術論文集

(主なもの10編以内、著者名は3名まで、あとは「ら」とする。別刷ないしコピーを添付)

上記の通り相違ありません。

西暦

年

月

日

申請者氏名

印

履 歴 書

氏 名		生年月日	西暦	年	月	日生
住 所						
所 属						
年 月	履 歴 事 項					
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
<p>以上ご連絡申し上げます。</p> <p style="text-align: center;">西暦 年 月 日</p>						

在籍証明書

下記の本会関連7学会のいずれかに継続して5年以上在籍していることを証明する。

氏名

所属

学会名

入会年度

年度

関連7団体

- ・日本消化器がん検診学会（日本消化器集団検診学会）
 - ・日本肺癌学会
 - ・日本婦人科がん検診学会
 - ・日本腎泌尿器疾患予防医学研究会
 - ・日本乳癌検診学会
 - ・日本小児がん学会
 - ・日本医学放射線学会
-

学会承認

年 月 日

学会名

印

代表者名
