一般社団法人日本生殖医学会生殖医療従事者資格制度委員会

研修連携施設申請書（新規）

平成 29 年 1 月　　日

（一社）日本生殖医学会理事長殿

日本生殖医学会　新・生殖医療専門医制度細則における認定研修施設の指定を受けるにあたり、満たしていない指定基準を満たす施設として下記施設を研修連携施設として指定を受けたく

申請書を提出します。　（認定研修施設申請施設名）　公印

ふりがな 施設名			
施設長名	公印		
施設所在地	〒 電話（　　）　　－		
指定基準１： 「日本産科婦人科学会の生殖補助医療実施登録施設である」 該当するところにレ印	□　体外受精・胚移植の臨床実施に関する登録施設である □　ヒト胚および卵子の凍結保存と移植に関する登録施設である □　顕微授精に関する登録施設である □　上記のいずれでもない		
指定基準２： 「日本産科婦人科学会専攻医指導施設または日本泌尿器科学会専門医教育施設である」 該当するところにレ印	□　日本産科婦人科学会専攻医指導施設である　（施設番号：　　） □　日本泌尿器科学会専門医教育施設である　（認定番号：　　） □　上記のいずれでもない		
指定基準３： 「ART 実施周期（採卵周期）が原則として毎年年間 100 周期以上である」	平成 26 年 1 月～12 月	平成 27 年 1 月～12 月	平成 28 年 1 月～12 月
	周期	周期	周期
研修指導医師	氏　名	診療科・役職	生殖医療専門医の認定
	1． 連絡先メールアドレス：		あり・なし
	2．		あり・なし
	3．		あり・なし
	4．		あり・なし

注 1：本研修連携施設申請書は、認定研修施設申請書を提出する施設が作成の上、両申請書を一緒に提出してください。
注 2：認定研修施設申請施設が満たしていない指定基準の項目にかかわらず、すべて記入してください。
注 3：指定基準 3 は過去 3 年間においていずれの年も原則として 100 周期以上を満たす必要があります。
注 4：研修指導医師の欄には、認定研修施設申請施設に所属する専攻医を指導する医師名を記載してください。

事務局記入欄：※印の個所は記入不要				委員会審査結果
受付日	受付番号	認定研修施設	審査結果	※
※	※	※ 指定基準１： 指定基準２： 指定基準３：	※ 可　・　保留	