

## 研修連携施設申請書（新規）

2022 年 1 月 日

(一社) 日本生殖医学会理事長殿

日本生殖医学会 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 連携施設名			
連携施設長名	公印		
連携施設所在地	〒 _____ 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	<input type="checkbox"/> 体外受精・胚移植の臨床実施に関する登録施設である <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 顕微授精に関する登録施設である <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専攻医指導施設である (施設番号: _____) <input type="checkbox"/> 日本泌尿器科学会専門医教育施設である (認定番号: _____) <input type="checkbox"/> 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」	2019 年 1 月～12 月 周期	2020 年 1 月～12 月 周期	2021 年 1 月～12 月 周期
研修指導医師 (連携施設の医師名)	氏名	診療科・役職	生殖医学会会員番号 生殖医療専門医番号
	1. 連絡先メールアドレス:		/なし
	2.		/なし
	3.		/なし
	4.		/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 年間に於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、専攻医の指導を担当する連携施設の医師名をご記載ください。

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	