研修連携施設申請書 (新規)

2025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	由請	施設	名)
(mr)	ᄮᄗᄱᄭ	119シノカド・ロメ	TH	MIN DX -	-11

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」 該当項目にレ印	□ 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: 「産婦人科専門研修プログラム施設(基幹・連携)、もしくは日本泌尿器科学会専門医教育施設または泌尿器科専門研修プログラム施設(基幹・連	□ 産婦人科専門研修プログラム施設(基幹・連携)である □ 日本泌尿器科学会専門医教育施設(認定番号:)、または泌尿器科専門研修プログラム施設(基幹・連携)である			
携) である」 該当項目にレ印 指定基準3:	□ 上記のいずれでもない2022年1月~12月2023年1月~12月2024年1月~12月			
「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」	周期	周期	周期	
	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 /なし	
(連携施設の医師名)	2.		/なし /なし /なし	
	3.		/なし /なし /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、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。

 E 1. WEST CONTROL OF THE STATE							
	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:	可 • 保留				
		指定基準3:					