

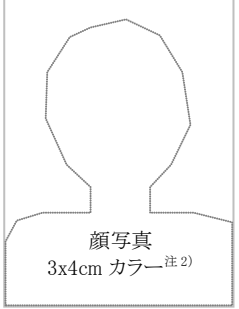
生殖医療専門医 研修開始登録申請書

(西暦)

年 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による研修を開始したいので、申請料を添えて^{注1)} 生殖医療専門医研修開始登録申請書を提出します。

ふりがな(ローマ字)	()		
氏名			
生年月日(性別)	(西暦) 年 月 日生 (男・女)		
現住所	〒 -		
勤務施設名 ^{注3,4)}	認定研修施設指定：有り(指定番号：)・無し		
	所属名：		職名：
	研修開始日：(西暦) 2016 年 4 月 1 日		
勤務施設所在地・連絡先	〒 -		
	TEL：		
	FAX：		
	Email：		
日本生殖医学会会員歴	入会：(西暦) 年 月 日	会員番号	
基本領域学会専門医番号 ：取得年月日	産婦人科 _____：(西暦) 年 月 日		
	泌尿器科 _____：(西暦) 年 月 日		

注1：申請料については申請要項の記載に従ってください。

注2：顔写真は申請書に貼付し、同じ写真の画像データ(JPEG形式)を申請書送付と同時に info@jsrm.or.jp に送付してください。メールの表題は「生殖医療専門医 研修開始申請書用写真(氏名記入)としてください」

注3：研修修了の認定を受けるためには、研修期間中に少なくとも1年間以上、認定研修施設に専任で所属し研修を行う必要があります。現在の勤務施設が認定研修施設でない場合は、その点を踏まえて今後の研修を行ってください。

注4：所属する認定研修施設が研修連携施設の協力を得て指定を受けている場合は、研修連携施設における研修も行うことにより、より広い意味での生殖医療をすべて網羅的に習得することになります。研修を行う認定研修施設において不足しており、研修連携施設における研修が欠かせないと思われる事項については、研修連携施設の実態に即した方法での研修を受けてください。

事務局記入欄：※印の個所は記入不要				備考
受付日	受付番号	登録日	登録番号	※
※	※	※	※	