

— 医師資格情報等確認票 —

所属診療科

ふりがな
名前

卒年（西暦） 年

専門分野やお持ちの資格についてご記入のうえ、お持ちの指定医や資格について証書のコピーを提出してください。

A【専門分野】 ホームページに掲載します

例 冠動脈疾患

B【資格必須確認項目】

①臨床研修指導医講習会受講の有無（臨床経験 7 年以上）

☐有 ☐無

②緩和ケア研修会の修了の有無

☐有 ☐無

C【標榜医確認項目】

麻酔科標榜医免許 ☐有 ☐無

D【指定医確認項目】

難病指定医 ☐有 ☐無

↳ 通知書~~原本~~を提出

小児慢性指定医 ☐有 ☐無

身障指定医 ☐有 ☐無

↳ ☐取得を希望する

☐すでに取得済みで、継続申請を希望する

E【その他学会資格等】

☐内科学会認定医 ☐内科学会総合内科専門医 ☐呼吸器専門医 ☐循環器専門医 ☐消化器病専門医 ☐腎臓専門医
☐肝臓専門医 ☐神経内科専門医 ☐糖尿病専門医 ☐内分泌代謝科専門医 ☐血液専門医 ☐皮膚科専門医
☐アレルギー専門医 ☐リウマチ専門医 ☐感染症専門医 ☐小児科専門医 ☐心療内科専門医 ☐日本外科学会専門医
☐呼吸器外科専門医 ☐心臓血管外科専門医 ☐乳腺専門医 ☐消化器外科専門医 ☐泌尿器科専門医 ☐脳神経外科専門医
☐整形外科専門医 ☐形成外科専門医 ☐眼科専門医 ☐耳鼻咽喉科専門医 ☐小児外科専門医
☐産婦人科専門医 ☐リハビリテーション科専門医 ☐放射線診断専門医 ☐放射線治療専門医 ☐麻酔科認定医
☐麻酔科専門医 ☐病理専門医 ☐救急科専門医 ☐老年病専門医 ☐消化器内視鏡専門医 ☐脳血管内治療専門医
☐精神科専門医 ☐集中治療専門医 ☐産業医 ☐医療安全管理者 ☐臨床検査専門医 ☐スポーツドクター

※その他の認定医・専門医資格や、指導医資格をお持ちでしたら枠内に記入し、証書のコピーを提出してください。