

— 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写し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

↳ 受講証写しを提出

②緩和ケア研修会の修了の有無

☐有 ☐無

↳ 受講証写しを提出

C【標榜医確認項目】

麻酔科標榜医免許 ☐有 ☐無

↳ 写しを提出

D【指定医確認項目】

難病指定医 ☐有 ☐無

↳ 通知書写しを提出

小児慢性指定医 ☐有 ☐無

↳ 通知書写しを提出

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・専門医機構認定資格等】 ※認定証の写しを提出

☐内科学会認定内科医 ☐内科学会総合内科専門医 ☐内科専門医 ☐総合診療専門医 ☐呼吸器専門医

☐気管支鏡専門医 ☐循環器専門医 ☐消化器病専門医 ☐消化器内視鏡専門医 ☐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 ☐皮膚科専門医 ☐アレルギー専門医 ☐感染症専門医 ☐小児科専門医

☐外科学会外科専門医 ☐外科認定登録医 ☐外科専門医 ☐救急科専門医 ☐呼吸器外科専門医 ☐乳腺専門医

☐心臓血管外科専門医 ☐形成外科専門医 ☐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 ☐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

☐麻酔科専門医 ☐病理専門医 ☐老年病専門医 ☐精神科専門医 ☐集中治療専門医 ☐腎臓専門医

☐臨床検査専門医 ☐産業医 ☐医療安全管理者 ☐日本 DMAT 隊員 ☐スポーツドクター

※その他の認定医・専門医・指導医やインストラクター資格をお持ちでしたら枠内に記入し、写しを提出して下さい