

日本臨床肛門病学会 臨床肛門病 認定医申請書

日本臨床肛門病学会 技能認定制度規則及び施行細則に規定する臨床肛門病認定医の認定を申請します。

申請日 2024 年 月 日

会員番号	ふりがな		
	氏名	(印)	
生年月日	西暦	年	月 日生 ()歳
所属先			
役職			
所属先住所	〒 -		
	Tel: ()	Fax: ()	
自宅住所	〒 -		
	Tel: ()	Fax: ()	
E-mail			
履歴	医籍登録番号	第 号	
	医籍登録年月日	年 月 日	

診療実績 (2021年1月1日から2023年12月31日の3年間)

診察		手術経験(見学を含む)	
肛門診察(視診、指診)	例 (100例以上)	痔核根治手術	例 (30例以上)
肛門鏡診	例 (100例以上)	裂肛根治手術	例 (5例以上)
怒責診	例 (5例以上)	痔瘻根治手術	例 (5例以上)

認定申請者の診療実績は、上記の通りであることを証明する。

認定施設名

技能指導医氏名

(印)

業績

①日本臨床肛門病学会学術集会	2022年 第5回	2023年 第6回	2024年 第7回
出席した学術集会に ○印をしてください【1回以上】			
②「研修実績評価リスト I」5, 6」 に掲載のある 各地区の懇談会、研究会の出席 (2021年1月～2023年12月) 【1回以上】	懇談会・研究会名		出席年月日
			年 月 日