

申請日 2024 年 月 日

日本臨床肛門病学会 臨床肛門病 認定医 更新申請書

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更新を申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名	印	(年齢)	(満 歳)
所属先		役職	
所属先住所	〒 - Tel: () Fax: ()		
自宅住所	〒 - Tel: () Fax: ()		
E-mail			

■ 診療実績 (2019年1月～2023年12月の症例数) 【必要症例数：計300例以上】

肛門の診療件数 (手術及び診察の件数を含む)	痔核	件
	裂肛	件
	痔瘻	件
	その他	件
	合計	件

※合計300件以上

■ 研修実績 (2019年1月～2023年12月の実績) 【必要単位数：計20単位以上】

(65歳以上の場合は本学会学術集会出席1回以上で可とする。)

I) 出席研修

※単位数は「研修実績評価リスト」を参照して記入のこと。

会 の 名 称	出席年月日	単位数
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※出席研修は本学会学術集会出席1回以上、および本学会WEB教育セミナー受講2回以上が含まれること。
 ※会に出席したことを証明する参加証または領収書の写しを添付すること。

II) 論文・学会発表

・ 論文

掲 載 誌 名	論 文 名	著 者	単位数
		筆頭者 ・ 共著者	
発行日 年 月 日			
		筆頭者 ・ 共著者	
発行日 年 月 日			

※掲載誌の表紙の写しを添付すること。

・ 発表

会 の 名 称	演 題 名	演 者	単位数
		演 者 ・ 共同演者	
開催日 年 月 日			
		演 者 ・ 共同演者	
開催日 年 月 日			

※発表したことを証明する資料を添付すること。

合計単位数

--