様式第１号

日本女性骨盤底医学会専門医申請書

(西暦) 年 月 日 記入

申請書はワードプロセッサーで記入する。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 |  |
| 氏名 |  | 男・女 |
| 会員番号 |  | 生年月日(西暦) | 年 月 日 |
| 自宅住所 | 〒 － |
| 所属機関名 |  |
| 診療科・部署名 |  | 役職 |  |
| 所属住所 | 〒 － |
| 所属電話番号 | － － | 所属FAX | － － |
| 所属E-Mail | 　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 送付物送付先および連絡先 | 自宅 ・ 所属 | 本学会入会年(西暦) | 年 |
| 医師免許証番号 |  | 医師免許取得年月日(西暦) | 年 月 日 |
| 基幹学会名 |  |  |  |
| 専門医番号 |  | 専門医取得年月日(西暦) | 年 月 日 |

**医師免許証**（PDF）**を添付すること。**

**本用紙の裏面に申請料(１０，０００円)納入完了を証明する証明書類**（PDF）**を添付すること。**

**専門医資格の証書**（PDF）**を添付すること。**

**日本女性骨盤底医学会専門医を認定されたく、審査料を添えて申請します。**

**氏名**

審　査　料

※

|  |
| --- |
| 委　員　会 |
| 受付日時 | 受付番号 | 審査結果 |
| ※ | ※ | ※ |

※印の箇所は委員会記入

様式第２号

**研修履歴（申請者所属施設の履歴）**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修実施年月 | 研修施設 |
| 　　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |

**研修履歴**

**受講証**（PDF）**を添付すること。**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修実施年月日 | 研修会および講習会 |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |

様式第３号－１

骨盤臓器脱・尿失禁治療実績一覧

注：保存的治療、手術治療共に認められる。

カルテ番号下2桁はXXのように伏せ字にすること。

氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 年/月 | 治療内容（略語不可） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |

様式第３号－２

氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 年/月 | 治療内容（略語不可） |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |

様式第４号

日本女性骨盤底医学会学術集会への参加一覧

※参加証または参加を証明するもの（PDF）を添付すること。

氏名：

|  |
| --- |
| 第　　回開催地（年月日）：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |
| 第　　回開催地（年月日）：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |
| 第　　回開催地（年月日）：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |

様式第５号

女性骨盤底医学関係の学会発表一覧

※学会プログラムなど発表を証明するもの（PDF）を添付すること。

氏名：

|  |
| --- |
| 発表題名、発表者名、学会名（開催地、年月日） |
| 発表題名：学会名（主催団体）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）発表者名：開催地（年月日）：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |
| 発表題名：学会名（主催団体）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）発表者名：開催地（年月日）：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |
| 発表題名：学会名（主催団体）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）発表者名：開催地（年月日）：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |
| 発表題名：学会名（主催団体）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）発表者名：開催地（年月日）：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |
| 発表題名：学会名（主催団体）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）発表者名：開催地（年月日）：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |

様式第６号

女性骨盤底医学関係の研究論文一覧

※査読有り論文のみ専門医申請要件の対象になる。論文（PDF）を添付すること。

氏名：

|  |
| --- |
| 著者名（全員）、論文題名、雑誌名、年；巻：頁―頁 |
| 論文題名：著者名（全員）：雑誌名．年；巻：頁―頁（またはDOI） |
| 論文題名：著者名（全員）：雑誌名．年；巻：頁―頁（またはDOI） |
| 論文題名：著者名（全員）：雑誌名．年；巻：頁―頁（またはDOI） |
| 論文題名：著者名（全員）：雑誌名．年；巻：頁―頁（またはDOI） |
| 論文題名：著者名（全員）：雑誌名．年；巻：頁―頁（またはDOI） |