**日本内分泌学会認定教育施設　資格更新申請書 （小児科）**

年 　　月 　　日

一般社団法人 日本内分泌学会　御中

当施設は、日本内分泌学会認定教育施設の認定規程により、認定教育施設としての資格更新を申請します。

施 設 名

診療科名

診療科長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

診療科所在地

〒

TEL　　　　　　　　　　　　　／　FAX

当施設が、日本内分泌学会認定教育施設としての資格更新申請を行うことを認めます。

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

診療科所在地

〒

TEL

**認定教育施設の内容証明書**

年 　　月 　　日

下記記載項目に相違ありません。

施設名・診療科名

診療科長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

教育責任者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| （１）常勤する内分泌代謝科指導医の医師名  　　　 計　　　　名  氏 名 |

|  |
| --- |
| （２）内分泌代謝疾患診療実績表  ５年間の疾患分野別の患者数を下記に記載してください。  ⅰ）間脳下垂体疾患と成長障害　　　　　　　　　　　　 　　名  ⅱ）甲状腺疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　名  ⅲ）副甲状腺疾患及びカルシウム代謝異常　　　　　　　 　　名  ⅳ）副腎疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　名  ⅴ）性腺疾患（性腺機能異常症/原発性･続発性含む）　　 　　名  ⅵ）糖尿病　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　名  ⅶ）脂質異常症　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　名  ⅷ）肥満症　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　総計　　　　　　　　 　　名 |

**内分泌代謝科指導医・専門医・専門研修医の報告書**

年　　月　　日

認定教育施設名：

（認定番号：第　　　　　　　　　　　　　号）

施設認定日： 年4月1日

報告対象期間：　　　年4月1日 ～ 年　　月 現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **内 分 泌 代 謝 科 指 導 医** | | |
| 氏　名（指導医認定番号） | | 在 籍 期 間（上記報告対象期間内） |
|  | (　　　　　　 ) | 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **内 分 泌 代 謝 科 専 門 医（上記指導医を除く）** | | |
| 氏　名（専門医認定番号） | | 在 籍 期 間（上記報告対象期間内） |
|  | (　　　　　　 ) | 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **専　門　研　修　医** | | |
| 氏　名（会員／非会員） | | 専 門 研 修 期 間（上記報告対象期間内） |
|  | (　　　　　　 ) | 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 |
|  | (　　　　　　 ) | 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 |

（注1）この用紙で不足の際は、別紙に同じ形式で氏名等を列記して下さい。

（注2）専門研修医は会員または非会員かを記入して下さい。