**日本内分泌学会 内分泌代謝科専門医認定申請書 申込用紙**

【試験日：2025年2月16日（日）】

・いずれかに○をつけて下さい。　　　　 　　 書類請求 2024年8月15日（木）迄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 内　科\* |  | 小 児 科 |  | 産婦人科 |  | 脳神経外科 |

　　\*2017年以前に内科専門医研修を開始された方（学会認定専門医）対象

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ご 氏 名 | 会員番号＊ | | | |
| ご 所 属 |  | | | |
| 送 付 先 | 〒 | | | |
| 連 絡 先 | Tel： | | Fax： | |
| E-mail： | | | |
| 医師免許  取得年月  （西暦で記入） | 年　　　月 | 備　考 | |  |

＊会員番号が不明の場合はブランクで結構です。

＊切手140円分を同封の上、下記送付先まで郵送して下さい。

（申込み用紙1枚につき、1名のお申込でお願い致します）。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 会員歴（内科・小児科・産婦人科）申請時に継続3年以上または通算5年以上 |
|  | 2024年度 会費 |
|  | 切手 |
| 受付日　2024年　　月　　日 ／ 発送日　2024年　　月　　日 | |

事 務 局 使 用 欄

〒600 - 8441

京都市下京区新町通四条下る四条町343番地1

タカクラビル6階

日本内分泌学会専門医認定部会事務局 宛

送付先→

（宛名ラベルとしてご使用下さい）

**送付先→**

（よろしければこのまま切り取って

宛名ラベルとしてお使いください）