

日本造血・免疫細胞療法学会

認定医 更新申請書

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

日本造血・免疫細胞療法学会

認定・専門医制度委員会 御中

私は造血細胞移植に関する内科または小児科の診療実績があり、日本造血・免疫細胞療法学会が定める認定医の更新条件を満たす経験と学識技術を習得しています。認定期間中に移植臨床にたずさわる予定です。認定医制度規則および同細則にもとづき、認定医資格の更新を申請いたします。

認定医の更新条件

- 日本造血・免疫細胞療法学会の会員で会費を完納していること。
- 認定医（新規または更新）の認定期間内に、日本造血・免疫細胞療法学会（日本造血細胞移植学会）学術総会に2回以上参加していること。
- 認定医（新規または更新）の認定期間内に、認定医更新セミナーで10単位以上取得していること。
- 医療倫理を遵守し、医療安全の向上につとめていること。

フリガナ _____

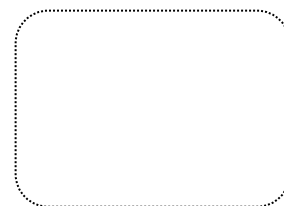
氏 名 _____ 印

会員番号 _____

認定番号 _____

-----事務局押印欄 ※何も記入しないようにお願いします-----

上記の会員が認定医更新単位10単位以上を取得していることを確認いたしました。



生年月日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

現住所 : 〒 _____

医籍登録番号 : _____ 号

医籍登録年月日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

日本血液学会認定血液専門医資格 : なし あり (番号 : _____)

日本小児血液・がん専門医資格 : なし あり (番号 : _____)

日本造血・免疫細胞療法学会年会費を完納 : はい いいえ

施設名 : _____

所属科・部門 : _____

施設所在地 : 〒 _____

施設電話番号 : _____

施設 FAX 番号 : _____

E-mail : _____

認定医更新審査登録料・登録料振込先 :

金融機関名 : りそな銀行 名古屋駅前支店 (店番 : 721)

口座番号 : (普通預金) : 1904920 口座名義 : 一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会
シャ) ニホンゾウケツメンエキサイボウリョウホウガツカイ

提出書類のチェックリスト

氏 名 ()

必 要 書 類	チェック欄
認定医更新申請書 (様式 K5)	
総会参加証明書 (コピー) または証明記録 (コピー可) (様式 K7)	
医療倫理の遵守、医療安全の向上に関する同意書 (様式 8)	
認定医更新審査登録料 (20,000 円) の振込受領書 (コピー) 送金証明記録 (様式 K9) ※払込受領証 (原本) は、受領書として保管をお願いいたします。	

注1) 記名、チェックの上、この用紙 (チェックリスト) もご提出ください。

注2) 提出される申請用紙はすべて A4 サイズに統一してください。

申請書類送付先

-----切り取り線-----

〒451-0042

名古屋市西区那古野 2 丁目 23-21-7d 号

一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会

認定医制度事務局 御中

(認定医更新申請書類在中)