

【 JATS フェローシップ申請書 】

申請日	年 月 日	
会員番号	T	
	姓	名
フリガナ		
申請者氏名		
ローマ字		
推薦者氏名		
推薦者所属施設		

写真貼付

4×3cm
撮影後3ヶ月以内
正面、脱帽、
上半身のみを
貼付すること

生年月日	西暦 年 月 日 歳	
勤務先施設名		
勤務先住所	〒	
	TEL:	FAX:
E-Mail		
自宅住所	〒	
TEL		
本籍		

最終学歴	
外科専門医取得年月日	西暦 年 月 日
その他の専門医資格	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科専門医 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医 <input type="checkbox"/> 消化器外科専門医（ <input type="checkbox"/> 食道外科専門医） <small>取得された専門医資格すべてにチェックをしてください。</small>
上記専門医資格取得年月日	西暦 年 月 日
外科臨床経験年数	年
英語資格	TOEFL 点 / TOEIC 点 / IELTS 点 / 英検 級 その他：
海外留学及び研修経験 <small>（留学先・期間を記入のこと）</small>	
志望する施設	第一希望： 第二希望：

【 志 願 動 機 】

*以下の申請書類をそろえて、2018年3月31日までに日本胸部外科学会、国際委員会 JATS フェローシップ係宛てまで郵送で申請する。

(1) 本申請書 (2) 履歴書：日本語で記載のもの (3) 履歴書：英語で記載のもの (4) 業績 (学会発表、論文) 複写 (5) 所属施設の修練指導医からの推薦書 (様式自由) (6) 外科専門医認定書の複写 (7) 心臓血管外科専門医・呼吸器外科専門医・消化器外科専門医 (または食道外科専門医) 取得された認定書の複写 (8) 英語資格試験のスコアの複写 (TOEFL、TOEIC、IELTS 等)

*書類送付先：〒112-0004 東京都文京区後楽 2-3-27 テラル後楽ビル1F

特定非営利活動法人 日本胸部外科学会 国際委員会 JATS フェローシップ係