

## 専門医会員申請書（研究者用）

年 月 日  
(年号は西暦で、英数は半角で記入してください)

ふりがな	<input type="text"/>		
申請者氏名	<input type="text"/>	印	性別 <input type="text" value="男・女"/>
会員番号	<input type="text" value="T"/>	(該当するものに○を付けてください)	
生年月日	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日
勤務施設名	<input type="text"/>		
所属科	<input type="text"/>		
職名	<input type="text"/>		
同上所在地	<input type="text"/> 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	都道府県名	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	Fax.	<input type="text"/>
自宅住所	<input type="text"/> 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	都道府県名	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	Fax.	<input type="text"/>
連絡先E-mail.	<input type="text"/>		
現在の専門分野	<input type="text"/>		
	(1つ選んでください)		
所属地区	<input type="text"/>		
	(該当する地区を選んでください)		
最終学歴	<input type="text"/>	大学	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月卒業
医籍登録年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	医籍登録番号No.	<input type="text"/>
会員歴	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	日本胸部外科学会に入会	
出席した日本胸部外科学会学術集会	<input type="checkbox"/> 第72回 (2019年京都)		
	<input type="checkbox"/> 第73回 (2020年名古屋)		
	<input type="checkbox"/> 第74回 (2021年東京)		
	(出席した学術集会に印をつけて参加証の写しを添付してください)		

## 専門医会員申請のための業績実績表

申請者氏名

印

No.	公刊年／巻／頁	題名・書名	誌名・出版社
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

論文は10編以上必要です。内容がわかる別刷あるいはコピーを必ず添付して下さい。