

様式1

*受付年月日 年 月 日

(*の欄は記入しないでください)

一般社団法人国際個別化医療学会
統合医学認定医申請書

一般社団法人国際個別化医療学会 御中

一般社団法人国際個別化医療学会認定医制度にかかわる統合医学認定医の認定を受けたく、以下の申請書類、資料及び申請書を添えて申請します。

なお、今回提出いたします書類等に間違いのないことを誓います。また、後日間違いが明らかになった場合はその責任を負うことに意義はありません。

年 月 日

申請者：住所

氏名

印

【申請にあたっての注意事項】

<申請書類> 確認のしるしとして、左の□に「レ」を入れて下さい。

原本 コピー1部

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. 認定医新規申請書 (様式1) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. 履歴書 (様式2) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 日本国医師または歯科医師免許証の写し |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. 本学会在籍申告書 (自己申告)
本学会に 年 月 から在籍しています |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. 本学会大会参加申告書 (自己申告)
(本学会の 年度大会参加証の写しを添付します) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. 認定医申請料 (10,000 円+消費税) の銀行払込金受領書の写し
*振込口座・・・みずほ銀行 麹町支店
普通口座：1179309
名義：一般社団法人 国際個別化医療学会
シャ) コクサイコベツカイリョウガツカイ |

◎研修ポイント申請にあたり、他学会参加あるいは他学会の認定医、専門医取得者はその旨を他の用紙に記載の上、資格証コピーとともにご提出ください。

様式2

一般社団法人国際個別化医療学会

履 歴 書

年 月 日 現在

ふりがな			印
氏 名			
生年月日 (性別)	年 月 日	(満 歳)	男・女
自宅住所	〒 Tel. ()		
所属機関名			
同上所在地	〒 Tel. ()		
学歴および職歴 常勤・非常勤を 必ず明記すること			
医師または 歯科医師免許証	第 号 昭和・平成 年 月 日 取得		
国際個別化医療 学会会員歴	平成 年 ~ 現在 (年在籍)		
国際個別化医療学会 〇〇資格 登録番号	第 号 取得年月日 : 平成 年 月 日		

(注) 学歴は大学または専門学校卒業以降を記入すること。記入欄が不足の場合は別紙に記入し、添付のこと。

様式 3

認定医申請書類の請求依頼書

平成 年 月 日

一般社団法人国際個別化医療学会 御中

この度、国際個別化医療学会認定医の申請書類一式を下記にお送り頂きたいようお願い致します。

氏 名 _____

所属機関 _____

連絡先住所 _____

Tel () _____

Fax () _____

申請書類のご請求は下記事務局宛にお送り下さい。

国際個別化医療学会 会員管理事務局
〒114-0024 東京都北区西ヶ原 3-46-10
株式会社杏林舎内
TEL : 03-5980-0371 FAX : 03-3910-4380
E-mail : isim@kyorin.co.jp