

【様式 1-1】

申請日 . . . . .  
 研修番号  
 (事務局記入)

一般社団法人  
 日本周産期・新生児医学会  
 理事長 殿

研修開始届

日本周産期・新生児医学会 周産期専門医の研修を下記施設にて開始することを必要書類を添えて申請いたします。

申請者名\_\_\_\_\_

※指導医の許可を得た上で申請をしてください。

記入年月日：西暦 年 月 日

会員番号・入会年月日※ ※マイページで確認のこと	(入会日 年 月 日)
研修の種別	新生児 ・ 母体・胎児
研修開始日	西暦 年 月 日
施設区分	基幹施設 ・ 指定施設 ・ 補完施設
施設名(施設番号)	( )
部門名・科名	
指導医名	
施設住所・電話番号	〒 TEL: FAX:
E-mail ※自身のアドレスを記載	
基本学会の専門医 取得済( ) 取得予定( )	日本小児科学会 ・ 日本産科婦人科学会 取得予定の方のみ記載 (受験年 年)
取得(予定)日	西暦 年 月 日
指導医施設名* (施設番号)	( )

\*補完施設に所属している場合のみ記入