

※この欄は記入しないでください。

受付年月日 年 月 日

受付番号

研修開始届

20 年 月 日

一般社団法人 日本小児感染症学会
専門医検討委員会 御中

研修を開始した日付を記入し
てください。

私は、小児感染症学会教育研修プログラムによる小児感染症認定指導医（専門医）の研修を開始いたします。

ふりがな けんしゅう はじめ

氏 名 研修 始 印

生年月日 1995年 2月 14日生 日本小児感染症学会 会員番号 9999

勤務先 ○○○○大学病院 ○○○○科

〒 162 - 0801 TEL (03 - -)

勤務先住所 東京都○○○○

〒 - TEL (- -)

自宅住所 東京都○○○○

医籍登録番号 9999999 号 医籍登録年月日 2019年 4月 ○ 日

日本小児科学会専門医

専門医認定番号 取得年月日 2024年 12月取得予定
(※未取得の場合は、取得予定年をご記入ください)

【プログラム責任者記入欄】

上記の者が当プログラムにて小児感染症認定指導医（専門医）研修を開始することを
承諾いたします。

教育研修プログラム名 ○○○○○○○○教育研修プログラム

教育研修プログラム基幹施設名 ○○○○大学病院

基幹施設のプログラム責任者に
署名をいただいでください。

教育研修プログラム統括責任者署名（自署） ○○ ○○