

(様式 1)

骨粗鬆症学会認定医認定申請書

西暦 ____年__月__日

一般社団法人日本骨粗鬆症学会理事長殿

私は、日本骨粗鬆症学会認定医の認定を必要書類
ならびに審査料を添えて申請いたします。

申請者

フリガナ			
氏 名	⑩		
現住所	〒		
E-mail アドレス			
生年月日	(西暦)____年__月__日		
医師免許証番号			
骨粗鬆症学会 会員番号		同 入会日	<input type="checkbox"/> 申請時点前年の7月以前で ある(8月以降入会者は申請要件を 満たしませんのでご注意ください。)
一般社団法人日本専門医制度機構の定める基本領域学会の専門医または認定医資格の名称、 あるいは日本公衆衛生学会認定専門家の有無			
認定医、専門医、専門家資格名			
同 認定学会名		同 資格番号	

現所属施設

施設名	
診療科名等	
住所	〒
電話番号	

(個人情報は、本認定審査および各種お問い合わせの対応等の準備業務を円滑に進める目的、
認定後の認定更新等会員管理目的のみに限って利用するものとします。)