

## 救急科専門医の再認定申請について

救急科専門医の再取得を希望される方は、下記の4点をご提出ください。

### <提出書類>

1. 救急科専門医再認定申込書 正1部
2. 履歴書 正1部
3. 医師免許証のコピー（A4サイズに縮小・白黒可） 1部
4. 審査料の入金証明（ATM利用明細、送金完了画面等） コピー1部

### <審査の受付期間>

2018年5月1日（火）～6月30日（土）【消印有効】

締切日を過ぎて提出された申請書類は一切受理せず返却するので、ご注意ください  
必ず、配達記録の残る方法（簡易書留、レターパックプラス、宅急便等）で送付すること

### <審査料のお振込方法>

審査料：10,000円について下記の要領にてお振込ください。

①振込人欄：「会員番号(会員ID) + 氏名(カタカナ)」の順に記入（入力）してください。

会員番号（会員ID）は、会員専用ページ（e医学会）>学会会員検索 で調べられます。

（例）会員番号ya0001番 山田太郎先生の場合 ⇒ **YA0001ヤマダタロウ**

②振込先：銀行名：三菱UFJ銀行 本郷(ほんごう)支店

預金種別：普通預金

口座番号：**1141063**

口座名義：一般社団法人日本救急医学会(イッパソシヤダソホジソニホンキウキウイカクカイ)

申請資格、審査スケジュールについては、

日本救急医学会ホームページURL：<http://www.jaam.jp/html/info/2017/info-20170131.htm>

でご確認ください。

申請書類提出・問合せ先

**日本救急医学会**

**専門医再認定係**

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-3-12

ケイズビルディング 3階

TEL. 03-5840-9870 FAX. 03-5840-9876

以上

(次ページから申請書データになります。印刷してお使いください。)

受験番号：

(記入不要)

## 救急科専門医 再認定申請書

日本救急医学会 御中

救急科専門医の再認定を申請いたします。

記入日 (西暦) 年 月 日

フリナガ 申請者氏名 (署名)	施設名	会員番号	
	科・部名	過去の専門医番号	
勤務先	〒		
	TEL :	FAX :	
E-mail			
専門医失効理由	<input type="checkbox"/> 1) 単位不足 <input type="checkbox"/> 2) 更新申請失念 <input type="checkbox"/> 3) その他 ( )		

### 推薦者リスト(2名)

推薦者として救急科専門医2名の署名(うち、1名は学会指導医が望ましい)

#### 推薦者 1

氏名(署名)	救急科専門医番号	
	学会指導医番号(あれば)	
所属		

#### 推薦者 2

氏名(署名)	救急科専門医番号	
	学会指導医番号(あれば)	
所属		

# 履 歴 書

顔 写 真

4 × 5 cm

〔最近3ヶ月以内に撮影した  
写真を貼付すること〕

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： 19 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

最終学歴： \_\_\_\_\_ 大学 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月卒業

自宅住所： 〒 \_\_\_\_\_

職歴： 勤務施設は、科・部名、職名まで記入のこと。

勤務期間 (西暦)	勤務施設、科・部名、職名
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
	現在に至る

申請書に記載の勤務先・自宅住所・Email については会員データとして登録いたします。(現在すでに登録いただいている内容と相違がある場合には、今回記載いただいた内容に変更いたします)