

※受付日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

No. 1

※受付番号 \_\_\_\_\_

※認定番号 \_\_\_\_\_

## 日本気管食道科学会認定気管食道科専門医 研修施設認定申請書

西暦 年 月 日

日本気管食道科学会認定専門医制度委員会委員長 殿

日本気管食道科学会認定気管食道科専門医制度における研修施設としての認定を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

施設名 施設名称科名 (正式名称で 記入のこと)	施設名 (ふりがな)	施設名称科名 (ふりがな)
申請領域	1. 外科食道系 2. 外科気道系 3. 咽喉系 4. 内科気道系	
住 所	(〒      -      )  TEL (      -      -      ) FAX (      -      -      ) URL (      -      -      )	
施設長名	(ふりがな)  <div style="text-align: right;">公印</div>	

- 注意事項 1) 入力か、楷書で記入（黒ボールペン使用）。  
2) ※印欄は記入不要。  
3) 申請書類一式は2部(原紙とコピー1部)送付のこと。

◎ この情報は専門制度資格に関する事項以外には使用いたしません。

※ 事務処理記入欄

会員番号	認定医または専門医番号	氏名	(専門 科)
備考			