**日本外傷学会**

**代表理事　殿**

**日本外傷学会国内外傷診療研修制度申込用紙**

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| Ⅰ．応募申込者 |  |
| 氏名： |  |  印 |
| （ローマ字付記） |  |
| 　 会 員 番 号 ： | 　　　　　　　　　　　　　　（　　　年　月　日　入会） |
| 生年月日： | （西暦）　 |
| 所属施設： |  |
| 所属科： |  | 職　責： |  |
| 郵便番号： |  |
| 所属機関住所： |  |
| 電話番号： |  | Fax番号： |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ： |  |
| 自宅郵便番号 ： |  |
| 自宅住所： |  |
| 携帯電話番号： |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ： |  |
|  |
| Ⅱ．研修施設（第一希望）※研修の期間は最短７日間、最長28日間となります。 |
| 　研修希望施設： |   |
|  研修希望期間： | 　　　　年　　　月　　日　　～　　　年　　月　　日 |
| Ⅲ．研修施設（第二希望）※研修の期間は最短７日間、最長28日間となります。 |
| 　研修希望施設： |   |
|  研修希望期間： |  　　　 年　　　月　　日　　～　　　年　　月　　日 |
| Ⅳ．振込口座 |
| 　銀行 |  支店 | 普通・当座 | 口座番号 |
| 口座名義： | （カナ） |
| （漢字） |

**研修希望理由**

|  |
| --- |
|  |

**履　歴　書**

|  |
| --- |
| 最近３カ月以内の写真貼付(５×５cm) |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 男

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 女

現住所：　〒　　　－

最終学歴：　　　　　　　　　　　　大学

西暦　　　　　　年　　　月卒業

|  |
| --- |
| 職　　　歴 |
|  年　　月(注1） | 事　　　項 |
|  |  |

基本領域のうち、専門医を取得している学会名にレをつけてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 日本医学放射線学会 |  | 日本救急医学会 |  | 日本形成外科学会 |
|  | 日本外科学会 |  | 日本整形外科学会 |  | 日本脳神経外科学会 |
|  | 日本麻酔科学会 |  |

その専門医名と認定番号を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 専門医名 | 専門医認定番号 |
|  |  |

**注１：年は西暦で記載してください。**

**日本外傷学会**

**代表理事　殿**

私は以下の者を国内外傷診療研修制度の応募者として推薦いたします。

　　　　　　　氏名

　　　　　　　所属

推薦理由：

|  |
| --- |
|  |

　西暦　　　　年　 　　月　　　 日

推薦者（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印