**専門性資格認定団体の専門医制度等に係る認証申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **団　　体 　 名**
 | 　 |
| 1. **法 人 の 種 別**
 | 公益社団法人　　一般社団法人　　公益財団法人　　一般財団法人NPO法人　　その他（　　　　　） |
| 1. **代 表 者 氏 名**
 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印 |
| 1. **主たる事務所の住所**
 | 〒 |
| **⑤当該団体が認定する****専門性資格の名称及びその概要** | 名称：概要：（簡潔に） |
| 1. **会 員 数**
 | 人（うち当該医療従事者 人、専門医数　　　　　　人） |
| **⑦問合わせ先** | 住所：〒TEL： 担当者氏名：メールアドレス： |
| **⑧資格取得要件の概要****及びその閲覧方法** | 概要：（簡潔に）閲覧方法：（ホームページアドレス、掲載雑誌名等） |
| **⑨会員名簿及び専門性資格認定者の名簿の閲覧方法** |  |

（西暦） 　　　　　年　　　 月　　　 日提出

**【添付資料】**

1. **専門性資格の概要に係る資料：（例）＊＊＊学会専門医制度規則**
2. **研修制度の概要に係る資料：（例）＊＊＊学会専門医研修プログラム**
3. **試験制度の運用に係る資料：（例）＊＊＊学会専門医制度施行細則**
4. **更新制度の運用に係る資料：（例）＊＊＊学会専門医制度施行細則**
5. **その他、専門医制度に係る資料：（例）専門医申請の手引き、申し合わせ等**