

**日本がん検診・診断学会がん検診認定医
年がん検診認定医講習及び試験申請書**

氏 名 _____ 西 曆 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

男 性 ・ 女 性 （どちらかに○を付けてください）

現住所 〒 _____

勤務先（役職） _____

勤務先住所 〒 _____

TEL（内線）： _____（ _____ ） FAX： _____

E-mail： _____

本学会会員歴が3年に満たず、本制度が定着するまでの経過措置を適用される場合は、下記の関連7学会から学会名をご選択ください。

- 日本消化器がん検診学会 ●日本肺癌学会 ●日本婦人科がん検診学会 ●日本乳癌検診学会
- 日本腎泌尿器疾患予防医学研究会 ●日本小児血液・がん学会 ●日本医学放射線学会

入会年度： _____ 年	学会名： _____
---------------	------------

（経過措置を適用される場合は5年以上在籍証明書類添付）

医師資格取得年月日 _____	西 曆 _____ 年 _____ 月 _____ 日
-----------------	-----------------------------

（日本国医師免許のコピー添付）

業績 学術論文集

(主なもの10編以内、著者名は3名まで、あとは「ら」とする。別刷ないしコピーを添付)

上記の通り相違ありません。

西暦

年

月

日

申請者氏名

印

履 歴 書

氏 名		生年月日	西 暦	年	月	日 生
住 所						
所 属						
年 月	履 歴 事 項					
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
以上ご連絡申し上げます。						
西 暦 年 月 日						

在籍証明書

下記の本会関連7学会のいずれかに継続して5年以上在籍していることを証明する。

氏名

所属

学会名

入会年度

年度

関連7団体

- 日本消化器がん検診学会
 - 日本肺癌学会
 - 日本婦人科がん検診学会
 - 日本乳癌検診学会
 - 日本腎泌尿器疾患予防医学研究会
 - 日本小児血液・がん学会
 - 日本医学放射線学会
-

学会承認

年 月 日

学会名

印

代表者名
