

日本PTEG研究会 PTEG取扱い認定医 暫定認定制度による認定試験受験申請書

20 年 月 日

日本PTEG研究会 御中

PTEG取り扱い暫定認定医認定規則に規定する認定試験を受験したく申請いたします。

記

申請者	氏名 カナ	
	氏名 漢字	印
	ローマ字表記	大文字
	生年月日	西 暦 年 月 日
勤務先	施設名称	
	施設長名 または 所属長名	ご署名 印
	住所	〒 -
	電話番号	
	連絡先メールアドレス	
	申請者役職名	
日本国医師免許 取得年月日・登録番号	西 暦 年 月 日	医籍登録番号
日本PTEG研究会 個人会員番号		
PTEGの啓発、指導・教育活動への 協力宣言書添付	<input type="checkbox"/> 有り	
日本PTEG研究会主催の ハンズオンセミナー受講年月日	西 暦 年 月 日	
日本PTEG研究会 学術集会参加	第 回 ・ 第 回	
術者としてのPTEG経験	<input type="checkbox"/> 有り	
初めてのPTEG施行日	<input type="checkbox"/> 2017年2月以前 <input type="checkbox"/> 2017年3月以降	
推薦者氏名	氏 名 (<input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 幹事)	
受験料の納付	<input type="checkbox"/> 振込済み	