

PTEG取り扱い認定医認定制度による 認定試験受験申請書

年 月 日

日本PTEG研究会 御中

PTEG取り扱い認定医認定規則に規定する認定試験を受験致したく申請致します。

記

申請者	氏名 カナ		
	氏名 漢字	ご署名	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	医籍登録番号	年 月 日
専門科目・専門領域			
日本PTEG研究会 個人会員番号		PTEGの啓発、指導・教育活動への 協力宣言書の添付	<input type="checkbox"/> 有
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 ・ 第 回		
術者としてのPTEG経験	<input type="checkbox"/> 有		
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 (年 月 日)		