**リウマチ財団登録医資格更新申請書**

令和　　 年　 　月　 　日

**公益財団法人 日本リウマチ財団代表理事　殿**

私はリウマチ財団登録医資格更新をしたいので、必要書類ならびに登録更新料を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | 生 年 月 日 | |
| 氏　名  ㊞ | | 昭和   * 年　 　月　 　日   平成 | |
| 勤務医療機関名 | 診療科名（担当科名） | | 専門（○印）  1. 整形外科　2. 内科  3. 小児科  4. その他（　　　　） |
| 同上所在地 〒（　　 　－ 　　　　） | | | |
| 電話：　　　　－　　　　　－　　　　　　　　Fax：　 　－ 　　　－ | | | |
| Ｅ-mail ： | | | |
| 自宅住所 〒（　　　 －　 　　　） | | | |
| 電話：　　 －　　 　－　 　　　携帯番号：　 　－　 　　－　 　　　Fax：　 　－　 　　－ | | | |
| Ｅ-mail ： | | | |
| 財団ホームページ(所属する医療施設) に氏名を掲載することについて（いずれかに○印）諾 ・ 否 | | | |
| 他学会資格について　　　　　　　 　日本リウマチ学会リウマチ専門医資格 　 有 ・ 無  日本整形外科学会認定リウマチ医資格 　　 有 ・ 無 | | | |
| 申請書に添付する書類　　1　リウマチ性疾患診療患者名簿　 10名  　　　　　　　　　　　　2　教育研修単位取得証明書一覧表 (単位取得証明書：原本)  　　　　　　　　　　　　3　治験等※業務従事証明書  4 災害時リウマチ患者支援事業 (実地訓練) 従事証明書  　　　　　　　　　　　　5　教育研修単位充当一覧表 (発表・論文)　(証明書類：コピー) | | | |
| 登録更新料払込日　　 　令和　　 年　　 月　 　日 | | | |

※　郵送物の送り先　　　　1　勤務先　　 2　自宅　 （いずれかに○印）

※　申請書提出後、異動のあった場合はお知らせ下さい。

※　申請書等の個人情報はリウマチ財団登録医制度のためにのみ使用します。

※　E-mailは連絡事項等のため、財団内のメーリングリストに登録させていただきます。

No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_