**リウマチ財団登録医資格更新申請書 (特例用)**

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、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 |
| ※ 申請区分　 該当する箇所に　 ○をして下さい　 | 1　65歳以上で10年以上継続して登録医 (更新料　2万円)2　15年以上継続して登録医 　　　　　 (更新料 2万円)3　日本リウマチ学会リウマチ専門医 　　 (更新料　1万円)4　日本整形外科学会認定リウマチ医　　 (更新料　1万円) |
| 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_