

学会認定研修施設 新規申請について

審査は年 2 回(夏・冬)実施されます。申請書を下記へご郵送ください。審査結果については、認定証の発送をもって通知させていただきます。

郵送および問い合わせ先

〒113-8418 東京都文京区本郷 2-40-8

公益社団法人日本整形外科学会 専門医資格認定委員会

Email: grp_senmon@joa.or.jp

日本整形外科学会専門医制度による 研修施設認定申請書

令和 年 月 日

日本整形外科学会 御中

クリックすると、規則に飛びます

当病院を[日本整形外科学会専門医制度規則第 9 条](#)に規定する研修施設として申請します。

診療施設名

施設長氏名

公印

診療施設所在地

〒

電話

ファックス

研修指導にあたる常勤整形外科専門医※

(責任者)

整形外科専門医資格取得日

氏 名 _____ S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

整形外科専門医資格取得日

氏 名 _____ S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

※複数の場合は代表者 2 名を記入

施設内容説明書

整形外科の病床数・常勤医師数が分かるように記載してください

独立した部屋でなくても、図書コーナーがある場合は
「有」としてください

※雑誌数は購読している雑誌のタイトル数を記入.

平均 20 名以上が条件です

平均100件以上が条件です

JOANR への参加は必須ですが、その後の症例登録は必須ではありません

公印