

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。
審査結果につきましては、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

問い合わせ先：grp_kenshupg@joa.or.jp

関 東	中 部	近 畿	中 国 ・	四 国	九 州
--------	--------	--------	-------------	--------	--------

による

令和 年 月 日

日本整形外科学会 御中

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。

クリックすると規則に飛びます

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

公印