

日本外科感染症学会  
外科周術期感染管理認定医・教育医・教育施設認定制度

外科周術期感染管理教育医認定申請書

申請番号 \_\_\_\_\_

※記入しないで下さい

1. 申請者

ふりがな

氏 名： \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日（西暦）： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

会員番号： \_\_\_\_\_

認定医認定番号： \_\_\_\_\_ ・申請中

2. 基盤学会専門医

学会名： \_\_\_\_\_

初回認定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 直近更新日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 所 属

機関名・部署名： \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_ 〒

電話番号： \_\_\_\_\_ FAX 番号： \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_

4. 自 宅

住 所： \_\_\_\_\_ 〒

電話番号： \_\_\_\_\_ FAX 番号： \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_

5. ホームページ認定医一覧への掲載可否

可 \_\_\_\_\_ 不可 \_\_\_\_\_

※可の場合、氏名が掲載されます。

<教育2>

外科周術期感染管理認定医認定証のコピー添付  
(ただし、認定医申請中の場合、「認定医申請中」と記載すること。)

<教育3>

外科系あるいは救急系の基盤学会の専門医（含指導医）の証書のコピー添付