

学会事務局使用：受付日（ ） 受付番号（ ）

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
《 認定医申請書 》

年 月 日

日本緩和医療学会理事長 殿

会員番号 _____ 氏名（自筆） _____ 印

私は特定非営利活動法人 日本緩和医療学会専門医制度における認定医になることを希望し、ここに所定の書類を添えて申請します。

医師としての臨床経験の年数（通算） _____ 年（初期研修の期間を含む）

申請条件3（専門的緩和ケアの現場で6ヶ月以上の臨床経験を積み、かつ同現場で50例の症例を担当した者）を満たす、あなたの現在までの専門的緩和ケアの臨床経験について、300字以内で簡潔に記載してください。

※あなたの臨床経験期間【在籍期間とエフォート率の積算（年%）（複数施設の場合はその総和）】が50（年%）を超えていることが審査者にわかるように記載してください。