

平成23年4月

## 結核・抗酸菌症認定医・指導医認定制度 申請にあたっての注意事項

### 申請書記入の前に必ずお読み下さい

#### 【申請時期および期限】

平成23年の日本結核病学会総会終了後より申請を開始します。

平成23年度の申請期間は平成23年の総会終了後より平成23年9月30日（金）までです。

#### 【申請料について】

○申請料は10,000円です。

振込先：三井住友銀行 小石川支店

口座番号 普通預金 3704607

口座名義 日本結核病学会認定制度 理事長 渡辺 彰

○申請書には申請料振込受領証のコピーを必ず添付してください。

#### 【申請書の記入について】

○申請書の氏名欄に本人印を捺印してください。

○「本学会の主催する学術集会出席記録」は過去5年間に開催されたもの（申請が平成23年であれば平成19年1月1日以降）が有効となります。

○学会参加証は名前の部分を含むネームカード全体をコピーしてください。

○医師免許証のコピーを必ず添付してください。

○指導医の申請には「診療実績証明書」が必要になります。申請書の所属施設長は原則として病院長になります。印は施設の公印を捺印してください。

○「診療実績証明書」を提出されない場合は「ICD認定証のコピー」および「結核院内感染対策従事証明書」または「3年以上の保健所勤務歴を証明できる書類」を添付してください。

ご不明の点がございましたら、事務局までご連絡をお願いします。

問合せ先：日本結核病学会事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷4-8-9

電話：03-3868-2401

FAX：03-3868-2406

E-mail：tb55@heart.ocn.ne.jp

結核・抗酸菌症 認定医・指導医 認定申請書  
(認定医・指導医いずれかを○で囲んでください)

※申請番号 \_\_\_\_\_  
※は記入しないで下さい。

年 月 日

申請区別：新規・更新

フリガナ

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

学会会員番号： \_\_\_\_\_ (入会日： \_\_\_\_\_ 年 月 日)

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

現住所：〒

勤務先所属名：部・科までご記入下さい

勤務先住所：〒

勤務先電話：

FAX：

E-mail：

申請単位数

書式2-5の合計点数 \_\_\_\_\_ 点

会員歴10年以上(平成24年までの経過措置) \_\_\_\_\_ 点 合計 \_\_\_\_\_ 点

申請料の払込票コピーを裏面に貼付すること。  
医師免許証のコピーを添付すること。