

「専門医共通講習受講証明書」申請手順

メールによる申請をお願いいたします。

弘前大学医学部附属病院における日本専門医機構認定「専門医共通講習」の受講証明書の発行を希望する場合は、下記の項目をメールに記載し、**2023年12月1日（金）までに**、弘前大学医学部附属病院 総務課人事グループ臨床研修担当（jm6466-2@hirosaki-u.ac.jp）へお申し込みください。

受講証明書の発行には申請締切より最長4週間程度要する場合がありますので、予めご了承くださいようお願いいたします。

【メールにご記載いただく内容】

記載項目	記載上の注意点
メール件名	「専門医共通講習受講証明書申請」とご記入ください。
1. 氏名	
2. 勤務先	○講習会参加時点の勤務先をご記入ください ○弘前大学医学部附属病院、弘前大学大学院医学研究科の場合は、省略可。
3. 所属診療科（部）名	
4. 領域名（日本専門医機構認定領域）	○以下の領域名より1つを選択してください。 （基本19領域） 内科／小児科／皮膚科／精神科／外科／整形外科／産婦人科／眼科／耳鼻咽喉科／泌尿器科／脳神経外科／放射線科／麻酔科／病理／臨床検査／救急科／形成外科／リハビリテーション科／総合診療 （サブスペシャリティ24領域） 消化器内科／循環器内科／呼吸器内科／血液内科／内分泌代謝・糖尿病内科／脳神経内科／腎臓内科／膠原病・リウマチ内科／消化器外科／呼吸器外科／心臓血管外科／小児外科／乳腺外科／放射線診断／放射線治療／アレルギー／感染症／老年科／腫瘍内科／内分泌外科／肝臓内科／消化器内視鏡／内分泌代謝内科／糖尿病内科
5. 上記領域専門医番号	○更新手続きをする上記領域の専門医番号をご記入ください。
6. 生年月日	○上記「5 専門医番号」をご記入の場合のみ、省略可。
7. 受講日時	○受講済み講習会の「7. 受講日時」「8. 講習会名」をご記載ください。
8. 講習会名	
9. 受講証明書送付先	○送付先診療科（部）名、勤務先住所等をご記入ください。 ○院内勤務者は、原則「3. 所属診療科（部）」へ配付します。

【受講証明書申請先】

弘前大学医学部附属病院 総務課人事グループ臨床研修担当

メール：jm6466-2@hirosaki-u.ac.jp

TEL：0172-39-5178 ※院内からのご連絡は、内線 6466・6414 へ