

第35回 四段階注射法講習会 東京会場(2010年10月17日)
 受講申込書

以下のとおり「四段階注射法講習会申込書」を提出します 申込日 年 月 日
 (締切日2010年9月24日)

内痔核治療法研究会の世話人会にて受講の可否につきまして検討させていただきます。
 必要事項を正確にご記入のうえ、上記の郵送先宛てご送付ください。

(フリガナ) 申込者氏名	() * 誤登録防止のため、氏名は楷書にて明確にご記入ください
施設名および 診療科名	施設名: 診療科名:
施設住所(連絡先)	〒 TEL: () E-mail: _____
過去の受講経験	<input type="checkbox"/> 初めての受講 <input type="checkbox"/> 再受講 (※再受講希望の場合は、以下の記入は不要)
出身大学・卒年	昭和・平成____年卒業 (_____ 大学)
日本大腸肛門病学会への所属・ 会員歴、専門医・指導医の資格 (※該当する箇所にチェック)	日本大腸肛門病学会 <input type="checkbox"/> 会員(会員歴____年) [<input type="checkbox"/> 指導医、 <input type="checkbox"/> 専門医: (<input type="checkbox"/> I、 <input type="checkbox"/> II a、 <input type="checkbox"/> II b)]
3年間の肛門疾患の治療実績 (助手としての経験も含む)	肛門疾患の治療歴: _____年 過去3年間の肛門疾患の手術経験: _____例 内訳) 痔核の手術: _____例 痔瘻の手術: _____例 裂肛の手術: _____例

※過去3年間の肛門疾患の手術経験が50例に満たない場合は以下をご記入ください。
 認定施設の詳細につきましては、日本大腸肛門病学会ホームページ(<http://www.coloproctology.gr.jp/index.html>)にて
 ご確認ください。

日本大腸肛門病学会の認定 施設での修練経験	○認定施設: _____: _____年間 ○認定施設: _____: _____年間
	※認定施設における修練期間が1年未満の場合は、四段階注射法 講習会を受講した日本大腸肛門病学会指導医の署名 指導医の署名: _____

なお、申請をいただきましたも受講いただけない場合もございますので、予めご了承の程お願い申し上げます。
 ご記入いただきました個人情報につきましては、法令等を遵守の上で適正にこれを保管し、ご本人の同意なく第三者へ
 は提供いたしません。