様式1

**日本呼吸器外科学会**

**呼吸器外科ロボット支援手術プロクター認定申請書**

日本呼吸器外科学会理事長　殿 　　　　　　　年　　　月　　　日

呼吸器外科ロボット支援手術プロクター認定を受けたく、申請します。

 申請者署名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ　　り　　が　　な申請者氏名　　　　 |  | （　　）初回申請・（　　）回目申請（　　）失効後申請 |
| 呼吸器外科専門医認定番号 |  | 日本呼吸器外科学会会員番号 |  |
| 生　年　月　日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 性　　　別 | 男　・　女 |
| 現　　住　　所 | 〒電話（　　　）　　　－　　　　 |
| 勤務施設名 |  |
| 同　所　在　地 | 〒電話（　　　）　　　－　　　　FAX（　　　）　　　－　　　　E-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 医師免許証 | 第　　　　　　　　　　　号　　　　年　　月　　日 登録 |
| 出身校・卒業年 |  | 　　年 |

|  |
| --- |
| 事務局 |
| 受付日 | 受付番号 | 審査結果 |
| ※ | ※ | ※ |

※印の箇所は事務局記入