ACP Associate Member Application – Attachment (Japan Chapter)

※年号はすべて西暦で記載してください

ふりがな　　**生年月日**

氏名　　年　月　日

学歴　　年　月　　大学医学部卒業

研修歴　　☆その病院が所在する都市名

期間 （医師免許取得から現在に至るまでを西暦記載）	☆	病院名および診療科名
例　2001年　5月～　2003年　3　月	東京都	○○病院○○科
年　月～　年　月		
年　月～　年　月		
年　月～　年　月		
年　月～　年　月		
年　月～　年　月		
年　月～　年　月		
年　月～　年　月		
年　月～　年　月		
年　月～　年　月		
年　月～　年　月		
年　月　～　現在に至る		

私は日本内科学会認定内科専門医を目指して現在研修中です.
内科以外の科に転科する際には書面にてACP日本支部にご連絡致します.その場合Associate Memberとしての継続資格を失うことに同意いたします.

申請者氏名　　上記の通り相違ありません

印　　年　月　日

研修責任者が記載・捺印する欄	上記の通り相違ありません 証明日:　年　月　日
病院名:	
研修責任者氏名:	印