

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

氏名

生年月日

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	〇〇病院〇〇科
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～ 年 月		
年 月～ 現在に至る		

私は総合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

