SAMPLE

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 ふりがな

氏名 氏名

生年月日 19××年 ×月×日

学歴 20××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	東京都	東京病院初期研修医

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致します。

申請者氏名 署名 印

上記の通り相違ありません

20××年 ×月 ×日

研修責任者が記載・捺印する欄

病院名： 病院名

研修責任者氏名：上司の先生の署名 印

上記の通り相違ありません
証明日： 20××年 ×月 ×日