**日本渡航医学会・認定医療職 申請書　　20** **年** **月** **日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療職種 | 医師 ・ 歯科医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 薬剤師 ・ 臨床検査技師  ※該当職種に○で囲む | | |
| フリガナ |  | | |
| 合格者氏名 |  | | |
| 所属 |  | | |
| 認定証送付先 | (勤務先 ・ 自宅)←いずれかを○で囲む  〒  ＴＥＬ | | |
| 申請年月日 | 20 年 月 日( 曜日) ・認定証は、和文で発行する | | |
| 英文認定証発行 | 別料金3,000円、英文認定証発行の有無： 要 ・ 不要 ・該当職種に○で囲む | | |
| 氏名 (英文) | （英文認定書発行を希望する場合のみ記入） | | |
| 添付書類 | 認定料の払い込み証のコピー  （銀行振込み書控え） | | 医療職免許証　取得年月日  (西暦) 年 月 日 |
| 取得免許証番号  免許番号： |
| 医療職試験受験番号(研修会受講番号と同じ) | | 事務局使用欄 | |
| ＮＯ． ― | |  | |

１．認定の手続と書類送付

１）下記を一括して下記事務局に郵送してください。※早めに郵送の手続きをしてください。

①認定医療職 申請書(本紙)

②認定料の払い込み証のコピー(銀行振込み証の控え)

２）認定申請者に、事務局より日本渡航医学会 医療職認定証を送付いたします。

２．認定申請書類の提出締切は、2015年1月15日(木)[消印有効]です。

３．提出締切以降は、一切受付しません。未申請者は試験合格資格も無効となります。

４．事務局使用欄以外は全てに記入してください。

**書類送付先**

〒169-0072東京都新宿区大久保2-4-12新宿ラムダックスビル (株)春恒社 学会事業部内

一般社団法人 日本渡航医学会 事務局　医療職認定制度担当

E-mail：tramedjsth@shunkosha.com

(休業日：土日祝 ※2014年12月27日～2015年1月4日は年末年始休暇となります)

ホームページ：http://www.tramedjsth.jp/