

# 見本

## 一般社団法人 日本渡航医学会 認定医療職 認定更新申請書

一般社団法人 日本渡航医学会理事長 殿

一般社団法人 日本渡航医学会 認定医療職の更新を受けたく、必要書類を添えて申請します。

|                    |                                                                                              |                                             |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 医療職種               | 該当職種に○で囲む その他の場合は職種を記入<br><b>医師</b> ・歯科医師・看護師・保健師・助産師<br>薬剤師・臨床検査技師・その他[ ]                   |                                             |
| フリガナ               | トコウ タロウ 性別                                                                                   |                                             |
| 氏名                 | 渡航 太郎 <b>男性</b> ・女性                                                                          |                                             |
| 所属                 | 渡航大学医学部附属病院 小児科                                                                              |                                             |
| 認定証送付先             | (勤務先・自宅)←いずれかを○で囲む<br><b>〒113-0033</b><br>東京都文京区本郷3-4-3 林ビル4階<br>t e l : <b>03-3818-6450</b> |                                             |
| 申請年月日              | 2024年11月1日(金) ※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・ <b>不要</b> (←どちらかを○で囲む)                                             |                                             |
| 氏名(英文)             | Taro TOKO (←英文認定書発行を希望する場合のみ記入)                                                              |                                             |
| 同封書類               | 1. 認定更新申請書(本紙)                                                                               | 医療職免許証(上記医療職種)取得年月日<br><b>西暦 2000年5月12日</b> |
|                    | 2. 研修記録・単位集計表<br>(研修単位を証明するものを添付)                                                            | 取得免許証番号<br>免許番号： <b>医籍 第123456号</b>         |
| 認定医療職番号            |                                                                                              | 事務局使用欄                                      |
| NO. <b>P14-999</b> |                                                                                              |                                             |

※事務局使用欄以外の全てに記入してください。

※研修記録・単位集計表に研修単位の証明するものを添付してください

### <更新申請の手続き>

#### 必要書類

- 認定更新申請書
- 研修記録・単位集計表：研修単位を証明するもの(参加証・受講証のコピー)を添付

#### 更新手数料

- 和文認定証のみの方 **10,000 円**
- 英文と和文の認定証希望の方 **13,000 円**

振込先

郵便振替口座： 00100-9-633660

口座名義：一般社団法人日本渡航医学会

銀行振込口座： ゆうちょ銀行 〇一九(ゼロイチキュー)店(019)

当座 0633660 口座名 シャ)ニホントコウイガクカイ

上記○で囲んだ医療職種  
(医師、看護師、保健師等)の免許  
取得日を記入してください

# 一般社団法人 日本渡航医学会

## 認定医療職 認定更新申請書

一般社団法人 日本渡航医学会理事長 殿

一般社団法人 日本渡航医学会 認定医療職の更新を受けたく、必要書類を添えて申請します。

|                 |                                                                                |                                          |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 医 療 職 種         | 該当職種に○で囲む その他の場合は職種を記入<br>医師 ・ 歯科医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師<br>薬剤師 ・ 臨床検査技師 ・ その他[ ] |                                          |
| フリガナ            | 性別                                                                             |                                          |
| 氏 名             | 男性 ・ 女性                                                                        |                                          |
| 所 属             |                                                                                |                                          |
| 認定証送付先          | (勤務先 ・ 自宅)←いずれかを○で囲む<br>〒<br>t e l :                                           |                                          |
| 申請年月日           | 20____年____月____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 (←どちらかを○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)                                                          |                                          |
| 同 封 書 類         | 1. 認定更新申請書(本紙)                                                                 | 医療職免許証(上記医療職種)取得年月日<br>西暦____年____月____日 |
|                 | 2. 研修記録・単位集計表<br>(研修単位を証明するものを添付)                                              | 取得免許証番号<br>免許番号：_____                    |
| 認定医療職番号         |                                                                                | 事務局使用欄                                   |
| NO. P____—_____ |                                                                                |                                          |

※事務局使用欄以外の全てに記入してください。

※研修記録・単位集計表に研修単位の証明するものを添付してください

### <更新申請の手続き>

#### 必要書類

1. 認定更新申請書
2. 研修記録・単位集計表：研修単位を証明するもの（参加証・受講証のコピー）を添付

#### 更新手数料

1. 和文認定証のみの方 10,000 円
2. 英文と和文の認定証希望の方 13,000 円

振込先

郵便振替口座： 00100-9-633660

口座名義：一般社団法人日本渡航医学会

銀行振込口座： ゆうちょ銀行 〇一九（ゼロイチキュー）店（019）

当座 0633660 口座名 シャ）ニホントコウイガクカイ



| 研修年月日 | 学術集会名・研修会名、論文・学会発表名など | 単位数 |
|-------|-----------------------|-----|
|       |                       |     |
| 合計    |                       | 単位  |