2026 年度 **新規**

（事務局記載）

教写	学写	医免	履歴

受付 No.

2026 年　　月　　日

日本神経消化器病学会「神経消化器病(機能性消化管疾患)認定医」制度による認定医申請書

2026 年　　月　　日

一般社団法人 日本神経消化器病学会　御中

日本神経消化器病学会認定医制度規定第 3 章第 8 条に規定する認定医の認定を受けたく、ここに申請いたします。

記

会員番号 *不明の場合、事務局で記入します	
申請者氏名(カナ)	
申請者氏名(漢字)	
生年月日(西暦)	年　　月　　日
申請時勤務先	
送付先住所	〒 いずれかに○ (勤務先／自宅)
メールアドレス	

学術集会・教育講演会参加状況

1．　日本神経消化器病学会学術集会出席報告

参加に○	開催回	年　　月
	第 26 回日本神経消化器病学会学術集会（東京）	2024 年 9 月
	第 27 回日本神経消化器病学会学術集会（岡山）	2025 年 9 月
	第 28 回日本神経消化器病学会学術集会（埼玉）	2026 年 10 月

2．日本神経消化器病学会セミナー/教育講演会出席報告

参加に○	開催回	年　　月
	第 4 回日本神経消化器病セミナー	2024 年 9 月
	第 4 回日本神経消化器病セミナー　教育講演会	2024 年 9 月
	第 5 回日本神経消化器病セミナー	2025 年 9 月
	第 5 回日本神経消化器病セミナー　教育講演会	2025 年 9 月
	第 6 回日本神経消化器病セミナー	2026 年 10 月
	第 6 回日本神経消化器病セミナー　教育講演会	2026 年 10 月

履　歴　書

申 請 者 氏 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．学　　歴

２．職　　歴

審査料支払帳票貼付票

審査料振込が確認できる箇所（*口座番号、残金等の個人情報は消去のこと）をコピーの上、下記に添付して下さい。本用紙も提出必須です。
なお、コピー貼付のない場合は受け付けられませんのでご了承ください。

コピー貼付欄

審査料：20,000 円（非課税）
振込先：

注 1：年会費・専門医口座とは異なりますのでご注意ください
注 2：振込手数料はご負担下さい。
注 3：振込名義は会員番号＋氏名フルネームでお願いします。
施設名義での振込の場合は、該当箇所コピーに会員番号・氏名を記載するか、施設での振込手続き証コピーを添付して下さい。

日本神経消化器病学会「神経消化器病(機能性消化管疾患)認定医」制度

認定医申請書 2

日本神経消化器病学会
理事長 殿

神経消化器病(機能性消化管疾患)認定医制度規定第 3 章第 8 条の
申請資格を満たしますので、認定医の認定を受けたく申請いたします。

※確認のため☑してください。

- ☐ **日本国の医師免許証を有し、2 年間の初期研修を終えている、あるいはそれに相当する研修を終了している**
- ☐ **学会の会員であり、会費を完納している**
- ☐ **学会主催の教育講演会に参加している(過去 3 年間に 1 回以上)**
- ☐ **学術集会に出席している(過去 3 年間に 1 回以上)**
- ☐ **認定の手続(第 9 条*の「認定方法」をいう)を満たしている**
- ☐ **認定試験に合格している**

2026 年 月 日

申請者氏名 印

*第 9 条

認定を申請するものは次の各号に掲げる申請書類を所定の期日までに学会理事長に

提出するものとする。

1. 認定医申請書
2. 医師免許証写
3. 履歴書

学術集会・教育講演　参加証　貼付台紙

学術集会　参加証　　のりしろ

学術セミナー　参加証　　のりしろ

認定医教育講演　参加証　　のりしろ

＊コピーを貼付の場合は、下記ご署名をお願いいたします。

上記参加証は　原本に相違ありません。

署　名　：