

職員 NO. _____

医師の専門性に関する資格について

氏 名 _____

○ 加入・認定等を受けられている学会等をご記入ください。

- (例) ・日本内科学会加入
・日本外科学会認定医
・日本整形外科学会専門医 等

(
・
・
・
・
・
)

○ 身体障害者福祉法第15条の規定による指定を有無の確認をいたしますので
該当の箇所に○をご記入ください。

- () 指定を受けていない
() 視覚障害
() 聴覚・平行機能障害
() 音声、言語又はそしゃく機能障害
() 肢体不自由障害
() 呼吸機能障害
() 腎臓機能障害
() 心臓機能障害
() ぼうこう又は直腸機能障害
() 小腸機能障害
() 免疫機能障害
() 肝臓機能障害

○ 臨床研修指導医養成講習会受講の有無

(あり ・ なし)

→ 「あり」 の場合の主催者名、講習会名および開催日時

- ・主催者名 ()
・講習会名 ()
・開催日時 ()