1. **第1回 救急IVR認定医試験　受験申込書**

（様式1）ver.4

**●実績一覧**

フリガナ

氏　　名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | 受付No.  写真貼付  （4×3 cm） |
|  | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（　　　　歳） | | 性別 | | 男 ・ 女 | |
| 会員番号 |  | | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | | | |
| 勤務先住所 | 〒  TEL　　　　　　　　　 　　　　　　　FAX | | | | | | |
| E-mail |  | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒  TEL　　　　　　　　　 　　　　　　　FAX | | | | | | |
| 専門医担当  資格について | 該当する資格をチェックして下さい。  □ 日本救急医学会救急科専門医（学会認定）　　　　　　（No.　　　 　 ）  □ 日本救急医学会救急科専門医（機構認定）　　　　　　（No.　　　 　 ）  □ その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） （No.　　　 　 ） | | | | | | |
| IVR学会総会  出席（☑を付ける） | □2020年第49回 | □2021年第50回 | □2022年第51回 | □2023年第52回 | | | □2024年第53回 |
| 修練実施施設名、  修練認定の有無、  主任指導者名、  修練実施期間を  記入してください。 | 1） | | 修練施設  認定有　・無 | | 主任指導者 | | 年　　月　　　　～　 年 月 |
| 2） | | 修練施設  認定有　・無 | | 主任指導者 | | 年　　月　　　　～　 年 月 |
| 3） | | 修練施設  認定有　・無 | | 主任指導者 | | 年　　月　　　　～　 年 月 |
| 4） | | 修練施設  認定有　・無 | | 主任指導者 | | 年　　月　　　　～　 年 月 |
| 5） | | 修練施設  認定有　・無 | | 主任指導者 | | 年　　月　　　　～　 年 月 |
| 修練施設での  修練期間合計 | 年　　カ月 | 修練施設指導管理  責任者代表者署名\* | | |  | |

\*指導管理責任者に署名いただけない場合は事務局にお問い合わせください。

事務局記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受験番号 |  | 受験  資格 | 可　・　否 | 提出  書類 | 可　・　否 | 修練  年数 | 可　・　否 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 |  |

**受　験　票**

写真貼付

（4×3 cm）

氏名：

所属：