1. **第1回 救急IVR認定医試験　受験申込書（特別枠）**

（様式1）ver.2

**●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(年/回次を入力) | 年開催　第　　　　回総会出席 | | | | | | | |
| IVR専門医2名による推薦文 | 名前 |  | | 所属 |  | | | |
|  | | | | | | | |
| 名前 |  | 所属 | |  | | | |
|  | | | | | | | |

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：