**一般社団法人日本アフェレシス学会認定**

**血漿交換療法専門医 認定申請書**

ふりがな

氏名　　　　　　 　　㊞　性別　男・女　生年月日 　　 年　 月　 日

□所　属

　所属英字標記

　専門分野　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（３つ以内）

　所属住所　〠

　所属住所英字標記

　TEL:　　 　(　　 　)　　　　　　　FAX:　　 　(　　 　)

　E-mail

□現住所　　〠

TEL:　　 　(　 　 　)　　　　　　　FAX:　　 　(　　 　)

＊連絡先として希望する方の□内に∨(ﾁｪｯｸ)をして下さい。

略歴（最終学歴および職歴を記入して下さい）

免許番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （コピーを添付して下さい）

基本領域の18学会のいずれかの認定医・専門医であることが必須条件です。

認定医・専門医をお持ちの学会に○をつけて下さい。

①日本内科学会　②日本小児科学会　③日本皮膚科学会　④日本精神神経学会　⑤日本外科学会　⑥日本整形外科学会

⑦日本産科婦人科学会　⑧日本眼科学会　⑨日本耳鼻咽喉科学会　⑩日本泌尿器科学会　⑪日本脳神経外科学会

⑫日本医学放射線学会　⑬日本麻酔科学会　⑭日本病理学会　⑮日本臨床検査医学会 ⑯日本救急医学会

⑰日本形成外科学会　⑱日本リハビリテーション医学会

他の所属学会

添付資料１.　　　　　アフェレシス治療経験

**申請者氏名**

過去５年間（年齢は○歳代と記載下さい）

1　　［患者］　　　　歳代　　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

2　　［患者］　　　　歳代　　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

3　　［患者］　　　　歳代　　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

4　　［患者］　　　　歳代　　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

5　　［患者］　　　　歳代　　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

6　　［患者］　　　　歳代　　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

7　　［患者］　　　　歳代　　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

8　　［患者］　　　　歳代　　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

9　　［患者］　　　　歳代　　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

10　 ［患者］　　　　歳代　　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

**指導した学会認定専門医あるいは所属長 署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞**

添付資料２．　　　　アフェレシス関連業績

申請者氏名

アフェレシスに関する発表や講演、座長、司会、論文等（共著可）について、過去３年間の業績を１つ以上３つまで記入して下さい。（足りない場合はコピーの上ご使用下さい）

添付資料３．

**勤　務　証　明　書**

　申請者氏名

勤務期間：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日迄

以上の通り、当施設に勤務したことを証明致します。

施設所在地

　　　　　　　　　　　　　施　設　名 　　　　　　　　　　　　　　公印

　病　院　長