（書式2-1）

**性差医学・医療指導士 認定申請書**

西暦　　　　　　　年 　　月 　　日

**日本性差医学・医療学会　御中**

日本性差医学・医療学会認定 性差医学・医療指導士を申請いたします.

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名（自署）： |  |
| 生年月日：（西暦）　: |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 勤務先 ：　 |  |
| 所属部署 ：　　　 |  |
| 職 　名 ：　 |  |
| 勤務先住所 ： | 〒 |
|  |
| 　 E-mail：　　 |  |
| 入会年月日(西暦) ： |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 会員番号 |  |

**履 歴 書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 男・女 |
| 氏　名 |  | （西暦）　 　　年　　　　月　　　　日 |
| 会員番号 |  | 入会年月日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 自宅住所 | (〒　　　-　　　　) |
|  |
| ☎　　　　　　（　　　　　　）　 |
| E-mail |  |
| 勤務先 |  |
| 所属部署 |  |
| 勤務先住所 | (〒　　　-　　　　) |
|  |
| ☎　　　　　　（　　　　　　）　 |
| 医療関係専門職 | 　有　（職種：　　　　　　　　　）・　無 | （有の場合）免許番号 |  |
| 学歴（西暦） | 学校名 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 職歴（西暦） | 勤務施設名 | 職　名 |
| 　 年　　月～　　　年　　月 |  |  |

上記の通り相違ありません

年　　 月 　　日

氏名（自署）

**志 望 動 機**

性差医学・医療指導士の志望動機について、枠内に４００字程度で記載。

例えば、志望するきっかけとなった出来事、経験した症例や研究、取り組み、読んだ書籍や論文、自らの性差医学・医療に関する意見、指導士取得後の抱負など、自由に記載ください。

|  |
| --- |
|  |