（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。

|  |
| --- |
|  |