《資格認定制度　書式Ⅵ》

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※事務局使用欄 | | | |
| 施設番号 |  | 基礎番号 |  |
| 申請者ST |  |  |  |
| 年会費 |  |  |  |

ＰＥＧ・在宅医療学会　胃瘻取扱者・取扱施設資格認定制度

　　　　　　　　　　　　　　　施設資格　更新申請書

※次の更新基準を満たしているか、✔により確認してください。

　　□　施設年会費の滞納がない。

　　□　資格認定条件細則第4条～7条を確認、別紙「更新チェックシート」に記載された必要書類が揃う。

　　□　嚥下機能評価が可能な施設である。（専門施設を申請する場合のみ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申　請　日 | | 年　　　　月　　　日 | | | |
| 申請代表者氏名 | | | | |  | ふりかな | | | |  | 性 別 |  | 職 種 |  |
|  | | | | |  |  | | | |  |  |  |  | |
| ※施設会員の代表登録者でない場合は下記に代表者名を記入 | | | | | | | |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  | | | | | |  |
| 会　員　施　設　名 | | | | | | | | 所　属 | |  |  |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| 勤務先住所 | | 〒　　　－ | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 都道府県名 | |  |  | 市・区以降を記入 | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  | | | | | | | | |
|  |  | 電話番号 | | | | | |  | FAX番号 | | | | | |
|  |  |  | | | | | |  | | | | | |
|  | E-mailアドレス | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | ＠ | | | | | | | | | | | | |

申 請 資 格：更新案内に記載された資格のうち、更新を希望する資格の番号を○で囲んで必要事項を記入し、必要数の認定証

コピーを提出してください。　複数名在籍する場合は代表で1名を記載、他の在籍者は認定証コピーのみ添付。

**1.**　**認定胃瘻造設施設　　　　　2.　専門胃瘻造設施設**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 在籍者氏名　　　　　　　 　　種　別　　　　　　勤務形態 | | | |
| 胃 瘻 造 設 医 |  | 認定・専門 | 常勤・非常勤 |

**3.　認定胃瘻管理施設　　　　　4.　専門胃瘻管理施設**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　在籍者氏名　　　　　　　　　種　別　　　　　　勤務形態

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 胃 瘻 管 理 医 |  | 認定・専門 | 常勤・非常勤 |
| 胃 瘻 管 理 士 |  | 認定・専門 | 常勤のみ |

申請受付期間：　毎年1月4日～4月30日（消印有効）です。期間外に送付された書類は受付できません。

　書類送付先： 全ての書類はA4サイズに縮小拡大し、必ず簡易書留またはレターパック等により下記にご送付ください。

**〒534-0021　都 島 本 通 二 郵 便 局 留**　大阪市立総合医療センター　消化器外科内

ＰＥＧ・在宅医療学会　認定資格審査会　宛

|  |
| --- |
| 更新料の振り込み後、振込受領票をコピーしてこの欄に貼付すること。  （ネット振込みの場合は日付と受付番号を記載のこと）   * 更新料は1資格につき5,000円、登録料の別途支払いは発生いたしません。 |