ＰＥＧ・在宅医療学会　胃瘻取扱者・取扱施設資格認定制度

《資格認定制度　書式Ⅰ》

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※事務局使用欄 | | | |
| 会員番号 |  | 基礎番号 |  |
| 会員種別 |  |  |  |
| 年会費 |  |  |  |

　　　　　　　　　　個人資格審査申請書

※次の申請基準を満たしていることを確認してください。

　　□　本会の会員在籍履歴が1年以上あり、少なくとも2年度以上の年会費を納めている。

　　□　資格認定条件細則第2条～3条、認定制度規則第21条を確認、チェックシートに記載された必要書類が揃う。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 申　請　日 | | 年　　　　月　　　日 | | | |
| 氏　名 | | | |  | ふりかな | | |  | 性 別 |  | 職 種 |  |
|  | | | |  |  | | |  |  |  |  | |
| 勤 務 先 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 | | | | |  | | | | | |
|  |  | ＠ | | | | | | | | | | |

　　　　　※以下は勤務先以外に書類送付を希望する場合のみ記入

申 請 資 格：この用紙で複数資格を申請できます。資格認定条件細則 第2～3条に規定する所定の症例数/業績点数を満たして

いることを確認し、申請する資格を○で囲んでください。

1. 認定胃瘻造設者（医師）　　　　　　　　　　　2.　専門胃瘻造設者（医師）
2. 認定胃瘻管理者（医師または看護師）　　　　　4.　専門胃瘻管理者（医師または看護師）
3. 認定胃瘻教育者（胃瘻教育に関する十分な知識と経験を持つもの）

　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： 複数資格を同時に申請する場合、重複する証明書類は1部で結構です。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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 〒　　　－ | |  | | | |
| 都道府県名 |  |  | 市・区以降を記入 | | |
|  |  |  | |  |  | | |
|  |  | 電話番号 | | | |  | FAX番号 |
|  |  |  | | | |  |

**〒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

|  |
| --- |
| 審査料の振り込み後、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）  　　　　　※審査料は1資格につき5,000円です。  審査合格後に別途登録料として1資格につき5,000円をお支払いただきます。 |