

公益社団法人日本超音波医学会認定超音波専門医制度
第**回超音波専門医認定試験受験申請書

公益社団法人日本超音波医学会 理事長 殿

公益社団法人日本超音波医学会認定超音波専門医制度第**回超音波専門医認定試験を受験致したく、所定書類及び受験料を添えて申請致します。

会員番号	19000001	フリガナ	ブンキョウ タロウ		最近6ヶ月以内に撮影したカラーの顔写真(横3cm×縦4cm)をお貼り下さい。
		氏名	文京 太郎		
生年月日	1959年11月15日生 (性別:男)		受験コース	B(循環器)	
医籍登録番号	第	12345	号		
所属機関	湯島医科大学				
診療科名	第二内科		職責	助手	
同上所在地	〒 113 - 0033 東京都文京区湯島3-23-1 TEL: 03 - 3813 - 5540 FAX: 03 - 3816 - 7644 e-mail: office @ jsum.or.jp				
現住所(自宅)	〒 100 - 0011 東京都千代田区大手町1-1-1 TEL: 03 - 3213 - 0123				
受験票等送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 上記勤務先		<input type="checkbox"/> 上記現住所(自宅)		
直接教育・指導を受けた指導医および専門医	超音波診断報告書抄録(様式3の2)における受験基準認定の署名者を記入して下さい。 また、申請者がこの他の超音波指導医または超音波専門医に超音波診断の指導を直接受けている場合は、その氏名を2名以内で記入して下さい。				受験料払込金受領証写し貼付欄 この欄に郵便振替払込金受領証の写し(コピー)を貼付して下さい。
	フリガナ	トウキョウ ハナコ	指導医番号	専門医番号	
	氏名	東京 花子	**	**	
	フリガナ	ホンゴウ タケシ	指導医番号	専門医番号	
	氏名	本郷 猛	**	**	
	フリガナ		指導医番号	専門医番号	
	氏名				
	フリガナ		指導医番号	専門医番号	
氏名					

[下の欄には記入しないで下さい。事務のために記入するものです。]

受付日	受験番号	判定結果	審査結果通知	備考