2024年度

（事務局記載）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受番 | 教写 | 学写 | 医免 | 推書 |
|  |  |  |  |  |

（事務局記載）

受付 No.

2024 年　　 　月　　 　日

日本ヘリコバクター学会「*H. pylori*（ピロリ菌）感染症認定医」制度

による認定医申請書（1）

2024年△△月××日

日本ヘリコバクター学会　御中

日本ヘリコバクター学会認定医制度規則第3章第8条に規定する認定医の認定を受けたく

申請いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | | | |
| 入会年月日 | （西暦）　　　年　　月　　日 | | | （不明な場合は  空欄で構いません） |
| ふりがな |  | | | 印 |
| 申請者氏名 |  | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　年　　月　　日 | | | 生 |
| 勤務先 |  | | | |
| 所属先住所 | 〒 | ○○○－△△△△ | 電話番号 | |
|  | | （○○）△△－×× | |
| メールアドレス |  | | | |
| 役職名 |  | | | |

日本ヘリコバクター学会開催　学会等出席報告

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学術集会（1回以上） | 2024 | 年 | 6 | 月 | | | 第 | 30 | 回 |
|  | 年 |  | 月 | | | 第 |  | 回 |
| 教育講演会受講日 | 2024年 | | 6 | 月 | 23 | 日 | （2024年度） | | |
| 認定医試験受験日 | 2024年 | | 6 | 月 | 23 | 日 | （2024年度） | | |
| 受験番号 | |  | | | |

履　　歴　　書

2024年△△月××日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 申請者氏名 | 印 |

１．学　　歴

|  |
| --- |
| ここをクリックして入力してください。 |

２．職　　歴

|  |
| --- |
| ここをクリックして入力してください。 |

３．業　　績　（認定医規定細則により記載）

１）ヘリコバクター感染症に関する研究論文、学会発表等（主たる論文または学会抄録の自身の

氏名が判る箇所の写し1編を添付。共同研究者、非筆頭者も可）

|  |
| --- |
| ここをクリックして入力してください。 |

２）除菌実績（経験年数や症例数等）

|  |
| --- |
| ここをクリックして入力してください。 |

日本ヘリコバクター学会「*H. pylori*（ピロリ菌）感染症認定医」制度

認定医申請書（2）

日本ヘリコバクター学会

理事長　殿

日本ヘリコバクター学会*H. pylori*（ピロリ菌）感染症認定医制度規定第3章第8条の申請資格を満たしますので、認定医の認定を受けたく申請いたします。

※確認のため☑してください。

**日本国の医師免許証を有し、2年間の初期研修を終えている、あるいはそれに相当する研修を終了している**

**学会の会員であり、会費を完納している**

**学会主催の教育講演会に参加している（過去3年間に1回以上）**

**学会学術集会に出席している（過去3年間に1回以上）**

**認定の手続（第9条\*の「認定方法」をいう）を満たしている**

**認定試験に合格している**

2024年　　月　　日

申請者氏名　　　　　　 印

\*第9条

認定を申請するものは次の各号に掲げる申請書類を所定の期日までに学会理事長に提出するものとする。  
1．認定医申請書  
2．医師免許証写  
3．履歴書