年　　月　　日

日本臨床腎移植学会

腎移植専門医制度委員会　御中

私は、以下の研修を修了したことをご報告するとともに、更新単位取得の申請をいたします。

氏名：

所属：

専門医（認定医）登録番号： 号

修了証送付先（住所）：

私は、上記の者が以下の研修を修了したことをここに証明いたします。

氏名： （自署）

所属：

研修期間：平成　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

～平成　　　　年　　　　月　　　　日

合計　　　　　日　・　週　・　ヶ月間

（日数をご記入の上、該当単位に○印をしてください）

日本臨床腎移植学会専門医（内科系）更新のための研修プログラム修了証申請用紙

【書類提出上の諸注意】

申請用紙下部（研修を証明する旨）の記載・捺印は、申請者が研修を行った施設（腎移植を行う診療科）の責任者もしくは施設長が必ず行ってください。

研修施設は（社）日本腎臓学会が指定する研修施設であれば申請者本人が本来所属する施設であっても研修は認められます。

また、申請用紙に必要事項を記入、捺印の上、修了証送付代として520円分の切手（簡易書留）を同封し以下の宛先へお送りください。なお、修了証送付代は切手以外にも指定口座への事前送金にて代用出来ます。その際は、ATMなどの利用明細書（写）を申請書類に同封しお送りください。

<修了証申請用紙送付先>

〒545-8585　大阪市阿倍野区旭町1-4-3

大阪公立大学大学院医学研究科泌尿器病態学内

日本臨床腎移植学会専門医制度事務局 宛

TEL：06-6645-3857　FAX：06-6647-4426

E-mail：gr-med-ktnintei@omu.ac.jp

<振込口座>

振込銀行：大阪シティ信用金庫　公立大病院出張所（店番号065）

口座番号：普通預金　8051126

口座名義：日本臨床腎移植学会専門医制度委員会 代表 内田 潤次

<（社）日本腎臓学会研修施設>

<http://www.jsn.or.jp/about/facilities/> (2023年9月28日現在　715施設)