（様式1）

**GID(性同一性障害）学会**

**手術に係わる学会認定施設　申請書**

申請日　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 施設名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　TEL　　　　　　　　　　　　FAX |
| ふりがな |  |
| 施設の長 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 標榜する診療科（〇を） | 形成外科・泌尿器科・産婦人科・精神科その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所属麻酔科医師数 |  |
| 病床数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　床 |
| ふりがな |  |
| 申請者（認定医） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 診療科名 |  |
| 会員番号 |  | 認定医番号 |  |
| 連絡先 | 〒　　　－　　　　TEL　　　　　　　　　　　　FAX |
| 連絡先E-MAIL |  |
| 所属する認定医 |  | 診療科名 |  |
| 会員番号 |  | 認定医番号 |  |
| 所属する認定医 |  | 診療科名 |  |
| 会員番号 |  | 認定医番号 |  |
| 所属する認定医 |  | 診療科名 |  |
| 会員番号 |  | 認定医番号 |  |
| 所属する認定医 |  | 診療科名 |  |
| 会員番号 |  | 認定医番号 |  |