（様式1-1）

**GID(性同一性障害）学会　学会認定医制度**

**学会認定医申請書**

申請日　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | 写真を貼る位置  ●タテ　4cm  ●ヨコ　３㎝  ●本人単身・胸から上  ●裏面のりづけ  ●写真裏に記名 |
| 申請者氏名 | 印 | | | | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　）歳 | | | | | |
| 現住所（自宅） | 〒　　　－  TEL　　　　　　　　　　　　FAX | | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | | | |
| 勤務先住所 | 〒　　　－  TEL　　　　　　　　　　　　FAX | | | | | | |
| 連絡先E-MAIL |  | | | | | | |
| 郵便物送付先 | □現住所（自宅）　□勤務先　　（どちらかに✓を記入して下さい） | | | | | | |
| 最終学歴 | 年月 | | | 学　歴 | | | |
| 西暦　　　　年　　　　月　卒業　・中退 | | |  | | | |
| 医籍登録 | 年月 | | | 医籍登録番号 | | | |
| 西暦　　　　年 | | | 第　　　　　　　号 | | | |
| 職　　歴  (主なもの) | 期間 | | | 施設・科名 | | | |
| 西暦　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 | | | |  | | | |
| 西暦　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 | | | |  | | | |
| 西暦　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 | | | |  | | | |
| 西暦　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 | | | |  | | | |
| 西暦　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 | | | |  | | | |
| 西暦　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 | | | |  | | | |
| 処分歴 | 有無 | 年月 | | 内容 | | | |
| □有  □無 | 昭和・平成  　　年　　月 | | (注）精神保健福祉法及び医師法に基づく処分歴を記載してください。 | | | |
| 専門分野 | □精神神経科　□産婦人科　□泌尿器科　□形成外科　□小児科 | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 専門医等の  取得状況 | 所属学会の専門医（精神科医の場合は、精神保健指定医を含む） | | | | 取得年 | 番号 | |
| □（　　　　　　　　　　）学会専門医  □　精神保健指定医 | | | | 昭和・平成  　　年 |  | |
| GIDの臨床経験  (性同一性障害） | 経験年数（申請日現在） | | 症例件数（概数でもよい） | | GID判定会議件数（概数でもよい） | | |
| 年　　　　ヶ月 | | 件 | | 件 | | |

□には、該当する箇所に✓を記入してください。