（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 |  |