

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	〒 ー		
	TEL	FAX	
ふりがな			
施設の長			印
標榜する診療科 (○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	〒 ー		
	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	