（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　西暦　　　　　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 | 西暦　　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 | 西暦　　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。