

公益社団法人日本超音波医学会認定超音波専門医制度
第**回超音波専門医認定試験受験申請書

公益社団法人日本超音波医学会 理事長 殿

※入会申請中の方は、入会申請中と記載してください。他の様式も同様です。

公益社団法人日本超音波医学会認定超音波専門医制度第**回超音波専門医認定試験を受験致したく、所定書類及び受験料を添えて申請致します。

会員番号	19000001	フリガナ 氏名	ブンキョウ タロウ 文京 太郎	最近6ヶ月以内に撮影したカラーの顔写真(横3cm×縦4cm)をお貼り下さい。	
生年月日	1977年11月15日生 (性別:男)	受験コース	B(循環器)		
医籍登録番号	第12345号	所属機関			
所属機関	湯島医科大学附属病院		診療科名		
診療科名	第二内科	職責	助手、科長、助教、講師など		
同上所在地	〒113-0033 東京都文京区湯島3-23-1 TEL: 03-6380-3711 FAX: 03-5297-3744		※職責はあれば記入し、特になければ未記入で結構です。		
現住所(自宅)	〒100-0011 東京都千代田区大手町1-1-1 TEL: 03-3213-0123				
e-mailアドレス	taro@jsum.or.jp				
直接教育・指導を受けた指導医及び専門医	超音波診断報告書抄録(様式5の2)における受験基準認定の署名者を記入して下さい。 また、申請者がこの他の超音波指導医または超音波専門医に超音波診断の指導を直接受けている場合は、その氏名を2名以内で記入して下さい。			受験料払込金受領証写し貼付欄 この欄には、郵便局または銀行でお振込いただいた際の「領収書(受領証)」や「振込明細書」の写し(コピー)を貼付して下さい。 なお、インターネットバンキングにてお振込いただいた場合、「振込内容照会」等はA4サイズでプリントアウトされるはずですので、様式1の2の次ページに添付して下さい。 ※第33回試験から第34回試験へ受験振替が認められている方は、貼付不要です。	
	フリガナ	トウキョウ ハナコ	指導医番号	専門医番号	
	氏名	東京 花子	***	***	
	フリガナ	ホンゴウ タケン	指導医番号	専門医番号	
	氏名	本郷 猛	***	***	
	フリガナ		指導医番号	専門医番号	
	氏名				
フリガナ		指導医番号	専門医番号		
氏名					

[下の欄には記入しないで下さい。事務のために記入するものです。]

受付日	受験番号	判定結果	審査結果通知	備考