

# 研修終了証明書

年 月 日

一般社団法人日本アレルギー学会  
専門医制度委員会 御中

下記の者は「日本アレルギー学会アレルギー専門医カリキュラム」に基づき、研修を終了した事を証明する。

該当する研修内容にチェックをし、ご記入下さい。※入会後の研修が有効となります。

|                          |                                                                                                                                                 |                        |  |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--|
| 研修者名                     | 会員番号                                                                                                                                            |                        |  |
|                          | 氏 名                                                                                                                                             |                        |  |
| <input type="checkbox"/> | 日本アレルギー学会認定アレルギー専門医教育研修施設または<br>準教育研修施設での研修                                                                                                     |                        |  |
|                          | 施設認定番号                                                                                                                                          | 期間： 年 月～ 年 月<br>計 年 カ月 |  |
| 発行人                      | <div style="text-align: center;">病院 科</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>指導者</span> <span>印</span> </div> |                        |  |
| <input type="checkbox"/> | 外来見学実習                                                                                                                                          | 期間： 年 月～ 年 月<br>時間： 時間 |  |
| 発行人                      | <div style="text-align: center;">病院 科</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>指導者</span> <span>印</span> </div> |                        |  |
| <input type="checkbox"/> | 集中研修                                                                                                                                            |                        |  |
| <input type="checkbox"/> | 日本アレルギー学会主催「専門医教育セミナー」<br>(半日コース・全日コース含め3回)                                                                                                     |                        |  |

◎複数の施設で研修を行った場合はこの用紙をコピーし使用して下さい。

◎「集中研修」「専門医教育セミナー」は、参加証の提出を以て証明とします。

## ※ 事務処理記入欄

|                |                |             |                    |
|----------------|----------------|-------------|--------------------|
| 施設研修<br>計 年 カ月 | 外来見学実習<br>計 時間 | 集中研修<br>計 回 | 教育セミナー<br>計 回(半・全) |
| 備考             |                |             |                    |