**臨床遺伝専門医名簿提供申請書**

臨床遺伝専門医制度委員長殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者氏名 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先  メールアドレス |  |
| 提供希望 | 専攻医　・　専門医　・　指導医  ・希望するカテゴリーに〇をつけてください。  ・提供は印刷した宛名ラベル1部になります。 |
| 用途と内容  （具体的かつ可能な限り詳細にご記入をお願いします。） |  |

＊参考資料（所属施設における倫理審査承認など）があれば併せてご提出ください。

＊本制度委員会で審査後の回答となりますので時間的余裕をもって申請をしてください。

＊委員会承認後は誓約書「臨床遺伝専門医名簿の取り扱いについて」をご提出いただきます。

＊承認後にラベル用紙（A-one73220もしくはA-one72220）を事務局にお送りください。