日本小児科学会宛

（Fax　03-3816-6036）

年　　　月　　　日

小児科専攻医（専門医）臨床研修手帳　送付依頼

小児科専攻医（専門医）臨床研修手帳を次のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設登録番号  ※小児科研修施設のみ |  |
| 施設名 |  |
| 指導責任医・  プログラム統括責任者名**※1** |  |
| 連絡先　℡ |  |
| 希望冊数  ご希望内容に  ☑をお入れください | **2024年4月以降に研修を開始した方は、会員ポータルサイト「KIDS」にログインし「研修管理＞臨床研修手帳」を選択し評価等を入力してください。※2** |
| * 小児科専攻医臨床研修手帳　第5版　**※2**   (2020年4月～2024年3月に研修を開始した方)  　計　　　　　　　冊 |
| * 小児科専攻医臨床研修手帳　第4版   (2018年度、2019年度に研修を開始した方)  計　　　　　　　冊 |
| * 小児科専門医臨床研修手帳　第3版   (2015年度～2017年度に研修を開始した方)  計　　　　　　　冊   * 別冊（臨床研修手帳 第3版 補遺）   (2017年度に研修を開始した方)  計　　　　　　　冊 |

**※1. 第5版までの手帳は小児科学会に登録されている施設の指導責任医・プログラム統括責任者宛てにお送りいたします。**

**※2.　「新専門医制度下の小児科領域カリキュラム制（単位制）」による専門研修を行う方**

**は、別冊（臨床研修手帳 第5版 補遺）が必要です。**

**カリキュラム制での研修には、学会および日本専門医機構の審査、承認が必要となり**

**ますので別途、お問い合わせください。**