2021年度　認定研修施設　新規申請ID発行願

受付期限：　2021年7月9日（金）

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 202１年     月     日 |
| 施設種別 | がん診療連携拠点・地域がん診療病院  　　（厚生労働省指定）  　　（都道府県が独自に指定する拠点病院は該当いたしません）  　上記以外 |
| 施設名　※1 |  |
| 施設名ふりがな |  |
| 郵便番号 | 〒　     - |
| 都道府県 |  |
| 住所 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 病院長氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 代表指導責任者（常勤１名）  氏名 |  |
| 上記の者が保有する資格  （該当するものに印） | がん治療認定医 更新済の者に限る  　（認定番号：       　　　　　　　 ） |
|  | がん治療認定医（歯科口腔外科） 更新済の者に限る ※2  　　　（認定番号：     　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 本機構との窓口  担当者氏名　※3 |  |
| 部署名・科名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス　※4 |  |

※1 認定証に記載する正式名称を記載ください。

※2 代表指導責任者が「がん治療認定医（歯科口腔外科）」の場合、「がん治療認定医（歯科口腔外科）」の研修のみを行う施設としての申請となります。

※3 事務担当者でも可とします。

※4 「ログイン画面URL」「新規申請ログインID・パスワード」の宛先となります。

本届の提出先（メール添付） E-mail:　c-info@imic.or.jp　　　※誤送信のないようご注意ください。