**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 |  |
| 提供対象 | 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。 |
| 提供媒体 | 宛名ラベル　・　メールアドレス・希望する媒体に〇をつけてください。 |
| 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。

＊宛名ラベル希望の場合は、承認後にラベル用紙（A4サイズで12面のもの）と返信用封筒を事務局にお送りください。