獣医総合臨床認定医（認定試験免除希望者用）

審査申請書

公益財団法人動物臨床医学研究所（動物臨床医学会）獣医総合臨床認定医制度規程第4条の3に係る獣医総合臨床認定医の審査を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 年　　　月　　　日

**申請者**

氏　名：

住　所：〒

電話番号：

メールアドレス：　　　　　　@

所属機関名：

住　所：〒

電話番号：

FAX番号：

会員番号：

獣医師免許番号：

卒業大学：　　　　　　大学　　　　　学部　　　　　学科（　　　　年卒）

　その他の学歴：

学位：　　　　　　　　　　　　　大学（　　　　　年）

他学会専門医・認定医：

得意な分野：

**基本資格**

＊小動物臨床の経験年数：　　　　　年間（　　　　　年～　　　　　年）

　　職歴

勤務期間：

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名：

住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

役職：

勤務期間：

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名：

住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

役職：

勤務期間：

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名：

住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

役職：

勤務期間：

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名：

住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

役職：

＊動物臨床医学会会員歴：　　　　　年　　月　入会　（申請時より以前の会員歴　　　年）

＊動物臨床医学会年次大会参加歴：　　　　回

申請時より過去５年間：　　　　回

　　参加した学会の年：

＊動物臨床医学会（過去10年）

理事歴：　　　　年間（　　　　　年～　　　　　年）

評議員歴：　　　　年間（　　　　　年～　　　　　年）

企画実行委員歴：　　　　年間（　　　　　年～　　　　　年）

委員長、副委員長歴：　　　　年間（　　　　　年～　　　　　年）

編集委員歴：　　　　年間（　　　　　年～　　　　　年）

＊動物臨床学会における発表 （過去10年）

発表者名：タイトル、プロシーディングNo.、ページ、発表年、　を記載

＊申請者の名前にアンダーラインを入れる

・

・

・

＊動物臨床医学会における教育講演（過去10年）

講演者名：タイトル、Vol. No.ページ、発行年、　を記載

・

・

・

＊動物臨床医学雑誌への投稿（過去10年）

著者名：タイトル、Vol. No.ページ、発行年、　を記載

＊申請者の名前にアンダーラインを入れる

・

・

・

＊必要事項を記入し、認定医試験受験資格審査料をお振込後、本学会に提出してください。

最終締め切り令和2年12月1日（必着）。