



一般社団法人 日本糖尿病学会

専門医更新申請書

会員番号: _____ 専門医番号: _____

会員氏名:
(自筆署名) _____

生年月日: _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

ご勤務先
病院名および診療科名: _____

更新申請 ・ 辞退 ・ 延長 ※

【研修指導医認定をされている方】 ※特例研修指導医は同時更新対象外

研修指導医番号: _____ 更新申請 ・ 辞退 ・ 延長 ※

※ 専門医更新を延長する場合は、下記理由に○印をおつけください。

- * 下記1～3の場合は期間を記載し、証明書類を添付してください
- * 下記4の場合は、事由欄に延長内容を必ず記載してください
- * 延長申請時、糖尿病診療に復帰している場合は復帰日を記載してください

1. 留 学 【期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日】

2. 産前産後休業
・育児休業 【期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日】

3. 長期療養 【期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日】

4. その他 (事由: _____)
【期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日】

上記1～4から糖尿病診療に復帰した日 【 _____ 年 _____ 月 _____ 日 】