令和　　年　　月　　日

一般財団法人日本いたみ財団

認定委員会　　御中

「いたみ専門医・専門医療者」　認定試験申請書

私は、一般財団法人日本いたみ財団の理念に賛同し、下記の　「いたみ専門医・専門医療者認定試験」について申請したいと思います。

何卒よろしくお願いいたします。

記

**日時・場所**

日時：令和○年○月○日（□）　※1時間程度

場所：□□会場　、　△△会場

**申請者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属機関名 |  |
| 職種 | 主に病院に勤務する国家資格を有する医療者  いたみ専門医：医師・歯科医師  いたみ専門医療者：看護師・保健師・薬剤師・理学療法士・  作業療法士・公認心理師、臨床検査技師 |
| 申請母体となる所属学会 |  |
| 申請者住所  （受験票送付先） |  |
| 申請者連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　（連絡がつくもの）  Email： |

**「いたみ専門医・専門医療者」受験資格基準**

**下記の書類をご準備の上、認定の申請を行ってください。**

* いたみ専門医・専門医療者「試験申請書」（本用紙）
* 資格認定3学会のいずれかの正会員であること証明できるもの
* 資格認定3学会のうち、所属するいずれかの学会の制定する認定基準を証明できるもの（コピー）

**＊認定審査料：10,000円**

　下記口座へお振込ください。

　三井住友銀行　日比谷支店　普通：9218888

　一般財団法人日本いたみ財団

（ｲｯﾊﾟﾝｻﾞｲﾀﾞﾝﾌｼﾞﾝﾆﾎﾝｲﾀﾐｻﾞｲﾀﾞﾝ）

　振込日：　　　　　年　　　　月　　　　日

**＊申請期間**

申請期間　令和○年○月○日～令和○年○月○日

**上記以外の期間における申請は受け付けません。**

**期間内に審査に必要な書類及び受験料、すべてが必要になります。**

申込先　　〒480-1195

愛知県長久手市岩作雁又1-1

愛知医科大学学際的痛みセンター内

　　一般財団法人日本いたみ財団

認定委員会　　宛