「いたみ専門医・専門医療者」認定申請書

西暦　　　　年　　　月　　　日

一般財団法人日本いたみ財団

理事長　殿

　私は、一般財団法人日本いたみ財団「いたみ専門医・専門医療者」の認定に必要な書類ならびに審査料を添えて申請いたします。

## 申請者

氏　　名：

フリガナ：

住　　所 ：

電話番号：

E-mail アドレス：

生年月日： 西暦 年 月 日

保有する国家資格名：

日本いたみ財団会員番号：

ホームページ掲載

以下のいずれかにチェックを入れてください

* 私の情報を「いたみ専門医・専門医療者」として一般財団法人日本いたみ財団のホームページに掲載することに同意します。

掲載情報

氏名：　　　　　　　　　　所属：

職種：

* 私の情報を「いたみ専門医・専門医療者」として一般財団法人日本いたみ財団のホームページに掲載しないでください。

認定審査料　10,000円（振込日：　　　年　　月　　日）

　　振込先：三井住友銀行　日比谷支店

　　口座番号：普通預金；9218888

　　口座名：一般財団法人日本いたみ財団