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」　受験申請書

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**（受験希望の会場に✓をお願いします。）

日時：令和6年3月3日（日）　14時～15時（13：30分 受付開始）

場所：☐東京会場：日本いたみ財団

（東京事務所（東京都千代田区九段南1-1-5）

　　　　□福岡会場：JR博多シティ

　　　　　　　　　　（福岡県福岡市博多区博多駅中央街1-1　JR博多シティ）

**申請者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属機関名 |  |
| 職種 | 医療機関・教育機関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，歯科衛生士，管理栄養士） |
| 申請者住所（受験票送付先） | 自宅・　勤務先　（どちらかに〇）〒 |
| 申請者連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　（連絡がつくもの）Email： |

**別紙チェックリストと共に必要書類を添付して提出ください**

**＊受験料：10,000円**

　下記口座へお振込ください。

　　※いかなる場合でも返金はいたしません。

　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6年1月25日～令和6年2月9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

愛知医科大学疼痛医学講座内

　　一般財団法人日本いたみ財団

認定委員会　　宛