（書式2-4）

**日本性差医学・医療学会認定**

**性差医学・医療指導士証交付申請書**

日本性差医学・医療学会　御中

認定料を納入し, 日本性差医学・医療学会認定 性差医学・医療指導士証の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 氏名： |  | 会員番号： |  |
| 指導士（職種名）の職種記載希望 | 有（職種名：　　　　　　　）　・無 |
| 勤務先： |  |
| 所属部署： |  |
| 勤務先住所： | 〒 |  | - |  |  |
|  |
| TEL: |  | FAX: |  |
| E-mail： |  |
| E-mail（私用）上記に連絡がつかない場合のみ使用 |  |

振替払込受領証等のコピー貼付