内痔核治療法研究会代表世話人殿

郵送先：〒570-0081　大阪府守口市日吉町 2-5-15
ジェイドルフ製薬㈱　ジオン部内
四段階注射法講習会 事務局　　TEL：06-7507-2192

受講申込書

第１１７回 四段階注射法講習会 （東京都、ハイブリッド形式）（2024 年 9 月 29 日）

申込日　　年　　月　　日

以下のとおり「四段階注射法講習会申込書」を提出します。　（締切日 2024 年 8 月 30 日必着）

内痔核治療法研究会の世話人会にて受講の可否につきまして検討させていただきます。
必要事項を正確にご記入のうえ、上記の郵送先宛てご送付ください。**また、E-mail にて受講申込書の受理、受講可否、WEB での聴講等の連絡をさせていただきますので、連絡先欄に E-mail アドレスを間違いのないようにご記入ください。**

参加方法 後日の参加登録手続き（受講料支払）の際に変更できます	１．現地参加　　２．WEB 参加 ※現地参加の場合は、「受講証」を即日発行します。WEB 参加の場合は、ALTA 療法の手術見学が必須になります（詳細は内痔核治療法研究会ホームページ参照）。
（ふりがな） 申込者氏名	（　　） ***誤登録防止のため、氏名は楷書にて明確にご記入ください**
施設名および 診療科名	施設名： 診療科名：
施設住所 ・ 連絡先	〒 TEL：　　（　　） E-mail（必須）　以下にブロック体でご記入ください。 アルファベットのオーの場合は上に横線、数字のゼロ場合は斜線(/)を上からお書きください。 ハイフン (-) と アンダーバー（_）の区別にご注意ください。
過去の受講経験	□　初めての受講 □　再受講（※再受講希望の場合は、以下の記入は不要）
出身大学・卒年	昭和・平成・令和 ＿＿＿年卒業（　　大学）
日本大腸肛門病学会への所属・会員歴、専門医・指導医の資格 （※該当する箇所にチェック）	日本大腸肛門病学会 □会員（会員歴＿＿＿年） [□ 指導医、□ 専門医：（□Ⅰ、□Ⅱa、□Ⅱb）]
３年間の肛門疾患の治療実績 （助手としての経験も含む）	肛門疾患治療の従事年数：＿＿＿＿＿年 **過去３年間**の肛門疾患の手術件数※：＿＿＿＿＿例 内訳）痔核の手術：＿＿＿＿＿例 痔瘻の手術：＿＿＿＿＿例 裂肛の手術：＿＿＿＿＿例

※手術件数が 50 例に満たない場合は受講いただけない場合がございます。50 例未満の場合は補足情報として以下をご記入ください。
認定施設の詳細につきましては、日本大腸肛門病学会ホームページにてご確認ください。

日本大腸肛門病学会の認定施設での修練経験	○認定施設：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿年間 ○認定施設：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿年間 ※認定施設においての修練期間が１年未満の場合は、四段階注射法講習会を受講した日本大腸肛門病学会指導医の署名 指導医の署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	**上記の従事年数での手術件数をご記入ください。** 肛門疾患の手術件数：＿＿＿例 内訳） 痔核の手術：＿＿＿例 痔瘻の手術：＿＿＿例 裂肛の手術：＿＿＿例

なお、申請をいただきましても受講いただけない場合もございますので、あらかじめご了承の程お願い申し上げます。ご記入いただきました個人情報につきましては、法令等を遵守の上で適正にこれを保管し、ご本人の同意なく第三者へは提供いたしません。

2023.11.29