

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 事務局代行 TEL：06-7507-2192

内痔核治療法研究会代表世話人殿

第 1 2 1 回 四段階注射法講習会 大阪会場 (現地開催のみ) (2026 年 2 月 15 日)

受講申込書

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 2026 年 1 月 16 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。

（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	<input type="checkbox"/> 初めての受講 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 会員 (会員歴 _____ 年) [<input type="checkbox"/> 指導医、 <input type="checkbox"/> 専門医： (<input type="checkbox"/> I、 <input type="checkbox"/> II a、 <input type="checkbox"/> II b)]
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。