

**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(株) ジオン部内  
四段階注射法講習会 事務局代行 TEL：06-7507-2192

## 受講申込書

以下のとおり「四段階注射法講習会申込書」を提出します。

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アドレスを間違いないようにご記入ください。

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| (ふりがな)<br>申込者氏名                                    | ( )<br>*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 :<br>診療科名 :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設住所<br>・<br>連絡先                                   | 〒<br><br>TEL : ( )<br>E-mail (必須) 以下にブロック体でご記入ください。<br>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。<br>ハイフン (-) と アンダーバー ( _ ) の区別にご注意ください。<br><table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 過去の受講経験                                            | <input type="checkbox"/> 初めての受講<br><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・<br>会員歴、専門医・指導医の資格<br>(※該当する箇所をチェック) | 日本大腸肛門病学会<br><input type="checkbox"/> 会員 (会員歴 ____年)<br>[ <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<br>(助手としての経験も含む)                     | 肛門疾患治療の従事年数 : ____年<br>過去3年間の肛門疾患の手術件数※ : ____例<br>内訳) 痔核の手術 : ____例<br>痔瘻の手術 : ____例<br>裂肛の手術 : ____例                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※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<br>○認定施設： _____： _____年間<br>※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<br>指導医の署名： _____ | 上記の<br>従事年<br>数での<br>手術件<br>数 | 肛門疾患の手術件数： _____例<br>内訳) _____<br>痔核の手術： _____例<br>痔瘻の手術： _____例<br>裂肛の手術： _____例 |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

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。また、記載漏れ等で事務局代行（会社）よりご連絡をさせていただく場合がございますので、予めご了承の上ご協力をお願い申し上げます。