**専門医共通講習受講証明書**

No

**受講者**

氏名

生年月日　　　　年（西暦）　　月　　　日

所属

　専門領域名　　　　　専門医番号

**受講講習会**

講習会名・講習演題名

登録番号

開催年月日　　　　年（西暦）　　月　　　日

開始時間・終了時間　　時　　分　～　　時　　分

開催場所

講習主催責任者役職・氏名

カテゴリー区分　　　　　　　単位数

**上記の通り受講したことを証明します**

**○○学会**

**理事長　△□太郎　　㊞**

**受講証明書事務局控**No

**受講者**

氏名

生年月日　　　　年（西暦）　　月　　　日

所属

　　専門領域名　　　　　　専門医番号

**受講講習会**

登録番号

　　開催年月日　　　　年（西暦）　　月　　　日

カテゴリー区分　　　　　　単位数

**記載上の注意点**

←受講証発行番号：No1から順に番号を記載する

←専門医番号を記載した場合省略可

←専門医番号を記載した場合省略可

←受講者については、原則として本人が記載する。

←審査機関発行の共通講習登録番号

←登録番号で特定できれば不要

←登録番号で特定できれば不要

←証明者と同じ場合は不要

←区分は医療安全、感染対策、医療倫理、その他の共通講習の何れかを記載

←基本領域学会代表者、医師会の代表者、または主催責任者名と公印で証明する

**＊書式は項目が充足している限り自由**

**＊受講証明書は１講習会（１カテゴリー）ごとに１枚発行する**



←受講証発行番号

←専門医番号を記載した場合は不要

←専門医番号を記載した場合は不要

**＊管理システム等で出席者を管理している場合、出席者と受講した講習会が特定できれば本様式に従わなくても可**

**＊控は不正など不測の事態が生じた場合などの照会のため、10年保存**