

一般社団法人日本美容外科学会専門医制度
美容外科専門医平成 30 年度試験受験願書

フリガナ _____ 年 月 日生

氏 名 _____ 男性・女性

現住所 〒 _____

勤務先（役職） _____

勤務先住所 〒 _____

TEL（内線） _____（ ） FAX _____

E-mail : _____

日本先進医療医師会（年会費12,000円）に入会致します。

※いずれかに○印を付けてください（ハイ・イイエ）

※ 2018年 4月16日までに事務局に到着するように送ってください。

※以下事務局で記入

日本美容外科学会入会日

年 月 日

日本美容外科学会会員番号 _____

履歴

年 月 大学（医学部）卒業
年 月
年 月
年 月
年 月
年 月
年 月
年 月
年 月
年 月

業績

- 1) 発表論文・学会発表
- 2) 学会参加回数
- 3) 術者として美容外科手術件数
 - ①ブレストインプラント 件
 - ②隆鼻 件
 - ③脂肪吸引 件
 - ④その他 件
- 4) その他

上記の通り相違ありません。

年 月 日

申請者氏名

美容外科勤務証明書

申請者氏名 :

上記の者は本施設において以下の期間、勤務したことを証明致します。

研修期間 : 年 月 ~ 年 月

証明日 年 月 日

実施施設名

施設長

⑩

。

美容外科専門医資格認定試験

研修記録一覧表

※印は記入しないこと

※受験番号

ふりがな
氏 名 :
連 絡 先 : 〒

TEL _____ FAX _____

E-mail _____

教育責任者（日本美容外科学会指導医または施設長）氏名

印

施術患者一覧表（1）

※受験番号： _____

症例番号	病院名	患者 ID		
1	患者年齢 歳 男・女	転 帰		
診療開始日		診療終了日		
美容外科の診断名、手術内容と要点				
①				
②				
③				
④				
⑤				
症例番号	病院名	患者 ID		
2	患者年齢 歳 男・女	転 帰		
診療開始日		診療終了日		
美容外科の診断名、手術内容と要点				
①				
②				
③				
④				
⑤				
症例番号	病院名	患者 ID		
3	患者年齢 歳 男・女	転 帰		
診療開始日		診療終了日		
美容外科の診断名、手術内容と要点				
①				
②				
③				
④				
⑤				
症例番号	病院名	患者 ID		
4	患者年齢 歳 男・女	転 帰		
診療開始日		診療終了日		
美容外科の診断名、手術内容と要点				
①				
②				
③				
④				
⑤				

項目別に以下の様に箇条書きとする。 代表症例を4例ずつ2枚に記載する

- ①診断名(必ず手術内容名を記載する) ②現病歴、主訴、主な症状など ③関連する基礎疾患、
処置、合併症など④診断根拠 ⑤治療と転帰に関する記載

施術患者一覧表（２）

※受験番号：

症例番号	病院名	患者 ID	
1	患者年齢 歳 男・女	転 帰	
診療開始日		診療終了日	
美容外科の診断名、手術内容と要点			
①			
②			
③			
④			
⑤			
症例番号	病院名	患者 ID	
2	患者年齢 歳 男・女	転 帰	
診療開始日		診療終了日	
美容外科の診断名、手術内容と要点			
①			
②			
③			
④			
⑤			
症例番号	病院名	患者 ID	
3	患者年齢 歳 男・女	転 帰	
診療開始日		診療終了日	
美容外科の診断名、手術内容と要点			
①			
②			
③			
④			
⑤			
症例番号	病院名	患者 ID	
4	患者年齢 歳 男・女	転 帰	
診療開始日		診療終了日	
美容外科の診断名、手術内容と要点			
①			
②			
③			
④			
⑤			

項目別に以下の様に箇条書きとする。

- ①診断名(必ず手術内容名を記載する) ②現病歴、主訴、主な症状など ③関連する基礎疾患、処置、合併症など④診断根拠 ⑤治療と転帰に関する記載