業　績　目　録

西暦　　　　年　　　　月　　　　日

　申請者署名：

　指導施設名称：

　診療科名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日本消化管学会 専門医認定証番号 | **２** | **０** | **１** | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 日本消化管学会 専門医注1） 取得年月日 | （西暦） | | |  | | | | | 年11月1日 | | | |

　注1）正規指導医資格は正規専門医取得済みが条件。

暫定専門医ではなく正規専門医の201で始まる10ケタの専門医番号の取得年月日を指す。

（例：2016……の方は2016年11月1日、2017……の方は2017年11月1日、2018……の方は2018年11月1日）

2016で始まる専門医番号は2021年度に更新申請がない場合、2021年10月末で資格が失効するためご注意ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 論文の種類  （いずれかに○） | | 書誌情報 |
|  | 原著 |  |
|  | 総説 |
|  | 症例報告 |
|  | 原著 |  |
|  | 総説 |
|  | 症例報告 |

【条件】

　消化管疾患に関する論文（原著、総説、症例報告）を2編以上とする。和英いずれも可。共著可。

【注意事項】

・書誌情報欄はPubMed、医中誌Web等から書誌情報をコピー貼付けで可。

　（貼付け不可の場合は書名、題名、著者名、共著者名、発表年の確認できる頁を記入すること）

・証明する書類（雑誌名または書名、題名、著者名、共著者名、発表年の確認できる頁）を添付すること。

・対象論文の発行年は問わない。