

私は、DSコーディネーター資格認定制度規則に基づく審査を頂きたく、新規認定申請書を送付します。

DSコーディネーター新規認定申請書

ふりがな	
氏 名	
生年月日(西暦)	年 月 日
所属先	
送付先住所	〒 都 道 府 県
勤務先／自宅 何れかに○	
電話番号	()
メールアドレス	@
JSSSAホームページへ 氏名等の掲載	☐ 全て可 ☐ 所属名のみ可 ☐ 氏名のみ可 ☐ 全て不可

日本短期滞在外科手術研究会

DSコーディネーター認定委員長 殿

申請年月日 年 月 日

**写真添付
(スナップ不可)**

- 1.半身脱帽・正面
背景なし
- 2.最近3ヶ月以内
撮影のもの
- 3.縦4cm×横3cm

☐ 私は、DSコーディネーター資格認定制度規則を理解し、同意いたします。

本人署名

印

セルフチェックリスト

- ☐ ①DSC新規認定申請書(本用紙:手書き記入)
- ☐ ②実務経験証明書(手書き記入)
- ☐ ③事例/活動報告書2例実践内容を記載(PC入力/手書き不可)
- ☐ ④過去5年中2回の学術総会出席証明証のコピー
- ☐ ⑤DSC講習修了証のコピー
- ☐ ⑥医療資格免許証のコピー

※所属長記載欄

以上、記載内容が正しいことを認めます。

年 月 日

施設名・所属名

役職

所属長署名

印