**認定医 申請書 兼 更新書**

様式１

日本医療毛髪再生研究会殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | ２０　　　　　年　　　　　月　　　　　　日 |
| 医師名 | ㊞ |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 | 〒 |
| 電話番号 | □　勤務先　　□　個人　　□　個人携帯  （　　　　　　　　　　‐　　　　　　　　　　‐　　　　　　　　　　） |
| メールアドレス | □　勤務先　　□　個人  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |

日本医療毛髪再生研究会の認定医の指定を受けたく、下記の申請書類を提出し審査を申請致します。

記

1. 履歴書（顔写真付き）：『様式2』参照

2. 当会が開催するイベントの参加を証明する書類（写）

3. HARG+®療法症例報告書5例分：『様式3』参照

（認定医申請料振込先）

　　みずほ銀行　　六本木支店（053）

　　普通貯金　　4619820

　　口座名義　　日本医療毛髪再生研究会（ニホンイリョウモウハツサイセイケンキュウカイ）

※申請料として10,000円ご納付ください。

※また申請に合格後、認定料として10,000円ご納付ください。

※恐れ入りますが、振込手数料はご負担いただきますようお願い致します。

※お振込名義は必ず「医師名（カタカナ）」の記載をお願い致します。

**履　歴　書**

様式2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **氏名** |  | | | | **男・女** | **昭和・平成　　　　年　　　　　月　　　　日** |
| **学　　　　歴** | | | | | | |
| **年号** | **年** | **月** | **日** |  | | |
| **職　　　　歴** | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | |
| **当会が主催したイベントの参加状況** | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | |
| **上記の通り相違ありません。**  **年　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**  **氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　〇** | | | | | | |

**当会が開催したイベントの参加を証明する書類（写）**

様式3

**こちらのページに、当会主催イベントへの参加を証明するものを貼り付けてください。**

**例：当会事務局から送信した総会（もしくはハンズオンセミナー）への参加御礼メール**

**セミナー等の参加費納付を示す領収書**

**認定医制度申請用症例の提出について**

様式4

**注意事項**

**1. 脱毛症患者に対して当会が認定する製剤ExoCoBio社製『ASCE+』を使用した症例を5例提示する。**

**2. 治療部位を明示し、5例の治療前後の写真を貼付する（前額部の治療であれば正面、右斜め前、左斜め前とする）。**

**症例写真1**

**・症例情報**

|  |  |
| --- | --- |
| **患者情報（性別・年代）** |  |
| **治療部位** |  |
| **施術回数** |  |
| **施術方法（手技・機器・塗布など）** |  |
| **その他の治療、併用薬等に関する情報** |  |

**［写真貼付箇所］**

**症例写真2**

**・症例情報**

|  |  |
| --- | --- |
| **患者情報（性別・年代）** |  |
| **治療部位** |  |
| **施術回数、間隔** |  |
| **施術方法（手技・機器・塗布など）** |  |
| **その他、併用等に関する情報** |  |

**［写真貼付箇所］**

**症例写真3**

**・症例情報**

|  |  |
| --- | --- |
| **患者情報（性別・年代）** |  |
| **治療部位** |  |
| **施術回数、間隔** |  |
| **施術方法（手技・機器・塗布など）** |  |
| **その他、併用等に関する情報** |  |

**［写真貼付箇所］**

**症例写真4**

**・症例情報**

|  |  |
| --- | --- |
| **患者情報（性別・年代）** |  |
| **治療部位** |  |
| **施術回数、間隔** |  |
| **施術方法（手技・機器・塗布など）** |  |
| **その他、併用等に関する情報** |  |

**［写真貼付箇所］**

**症例写真5**

**・症例情報**

|  |  |
| --- | --- |
| **患者情報（性別・年代）** |  |
| **治療部位** |  |
| **施術回数、間隔** |  |
| **施術方法（手技・機器・塗布など）** |  |
| **その他、併用等に関する情報** |  |

**［写真貼付箇所］**