**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　　□　携帯電話**（　　　　　　　　　　‐　　　　　　　　　　‐　　　　　　　　　　）　 |
| 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、下記書類を提出し審査を申請致します。**

**記**

**1.　認定医　申請書　兼　更新書：『様式1』**

**2. 履歴書：『様式2』**

**3. 研究会開催イベント参加証明書類：『様式3』**

**4. HARG+®療法症例報告書：『様式4』を申請：５症例分、更新：６症例分提出**

**また、申請料として10,000円、申請承認後、認定料として10,000円を研究会に納付いたします。**

**備考：　【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）

**※振込名義は必ず「医師名（カタカナ）」でお願い致します。**

**※振込手数料は各自でご負担ください。**

**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** |
|  |  |  |  |  |
| **参加した研究会開催のイベント（総会、ハンズオン、講演会等）** |
|  |  |  |  |  |
| **上記の通り相違ありません。****年　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日****氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　〇** |

**研究会開催イベント参加証明書類（写）**

様式3

**こちらのページに、当会主催イベントに参加したことを証明する書類を貼付して下さい。**

1. **参加費納付を示す領収書**

**②　研究会事務局から送信した参加御礼メール**

**HARG+®療法症例報告書**

様式4

**＊報告症例は当研究会認定の製剤ExoCoBio社製『ASCE+』を使用した症例に限定する**

|  |  |
| --- | --- |
| **患者情報**1. **性別　②年齢　③薄毛の家族歴**
 | **男　　・　　女　　　　　　歳****【家族歴】** |
| **男性（AGA）：N-H分類****女性：主訴部位** |  |
| **施術回数****治療期間** | **回****年　　　　月　　～　　　　　　年　　　　月** |
| **施術方法（手技注入、機器注入、****ダーマローラー、塗布等）** |  |
| **併用薬（内服、外用）、その他併用した治療等に関する情報** |  |

**［写真貼付箇所］　①前頭部　②左右側頭部（M字）　③つむじ周囲　④上方からの全体像**