

日本肥満学会

認定肥満症専門病院 認定申請書

日本肥満学会 理事長
横手 幸太郎 殿

西暦 年 月 日

日本肥満学会 肥満症専門病院の認定のため必要書類を添えて申請いたします。

施設名

施設長名

印

診療科名

診療科長名

印

日本肥満学会指導医名（診療科長が肥満症指導医でない場合に記載）

印

西暦 年 月 日

日本肥満学会

認定肥満症専門病院 教育、診療内容説明書

施設名

診療科名

診療科長名

印

資格条件の説明

1) 専門外来

- ・ 開設回数 (1 週間あるいは1 カ月の回数 : _____回)
- ・ 1 日の患者数 : _____名
- ・ 診療内容

2) 入院施設

- ・ 患者数 : _____名
- ・ 診療内容

3) 管理栄養士による食事指導

- ・ 開設回数 (1 週間あるいは 1 カ月の回数 : _____ 回)
- ・ 指導内容

4) 肥満症患者教育

- ・ 肥満症に対する具体的な内容 (プログラム ; クリニカルパスなど) を記載
あるいは資料を同封してください
- ・ 使用している教材があれば同封してください

西曆 年 月 日

日本肥満学会 肥満症指導医名簿

1	認定 番号		名前	
	所属			
2	認定 番号		名前	
	所属			
3	認定 番号		名前	
	所属			
4	認定 番号		名前	
	所属			
5	認定 番号		名前	
	所属			
6	認定 番号		名前	
	所属			
7	認定 番号		名前	
	所属			
8	認定 番号		名前	
	所属			

西曆 年 月 日

日本肥満学会 生活習慣病改善指導士名簿

1	認定 番号		名前	
	所属			
2	認定 番号		名前	
	所属			
3	認定 番号		名前	
	所属			
4	認定 番号		名前	
	所属			
5	認定 番号		名前	
	所属			
6	認定 番号		名前	
	所属			
7	認定 番号		名前	
	所属			
8	認定 番号		名前	
	所属			