（一社）日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医認定制度

ペインクリニック専門医認定申請①

|  |
| --- |
| 　　(一社)日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医認定委員会委員長　殿20　　 　年　　　月　　　日(一社)日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医認定制度規則に定めるペインクリニック専門医認定を、申請書類および審査料を添えて申請いたします。申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　会員番号　都道府県名 　 |

**審査料受領証貼付欄**

**(コピー可／別紙添付可)**

**一般社団法人日本ペインクリニック学会**

 **ペインクリニック専門医認定審査用履歴書**

**( 20　　年　　月　　日現在)**

※該当する方に〇を付けてください。

|  |
| --- |
| **第2条（1）** |[ ]
| **第2条（2）** |[ ]

申請番号(記入不要)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **写　　真**3か月以内に撮影した写真(上半身･脱帽･正面向き)**縦4cm×横3cm** | **フリガナ** |  | [ ] **男** [ ] **女** |
| **氏 名** |  |  |
| **生年月日** | **(西暦)　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳）** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **現住所** | **ふりがな** | **電　話** |
| **(〒　　　　－　　　　　)** |  |
|  | **携　帯** |
|  |
| **所属先** | **ふりがな** | **電　話** |
| **名称** |  |  |
| **ふりがな** | **内　線** |
| **住所** | **(〒　　　　－　　　　　)** |  |
|  | **携　帯** |
|  |
| **連絡先電話番号****(必須)** |  | **連絡先ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ (必須)** |  |
| **医籍登録** | **(西暦)　　　　　　年　　　　月　　　　日 ( 第　　　　　　　　　号 )** |
| **日本ペインクリニック学会 会員番号(10ケタの番号)** | **第　　　　　　　　　　　　　　号** |

**所属学会名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **学会** |  | **学会** |
|  | **学会** |  | **学会** |
|  | **学会** |  | **学会** |

**本会学術集会および支部学術集会への参加／申請年度の9月30日から遡って5年間（必須）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本会学術集会** | **例）第 55 回学術集会（ 富山 ）** | **支部学術集会** | **例）第2回 北海道支部学術集会** |
| **第　　　回学術集会** | **第　　 回　　　　　　　　　　　　支部学術集会** |  |
| **第　　　回学術集会** | **第　 　回　　　　　　　　　　　　支部学術集会** |  |

 ※本会学術集会2回以上と支部学術集会2回以上の出席が必ず必要です。※参加証明書添付

**履　歴　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **年(西暦)** | **月** | **学　　　　　歴　(大学入学以降)** |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **年(西暦)** | **月** | **職　　　　　歴** |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　年 | 　月 | 　 |

**業績目録（ペインクリニックに関する学会発表、論文を記入）**

|  |  |
| --- | --- |
| 学会発表 | 例）演者名(共同演者含)、演題名、発表学会、発表年月日の順に記載　　　　　    |
| 論文 | 例）著者名(共同著者名含)、論文タイトル、論文種別、書誌名、巻･号、発行年月日の順に記載　　　　　　   |

※本学会入会後から現時点までのものを有効とし、記載した全てのコピー(抄録の複写等の会名、会期の分かるもの)を添えること。

|  |  |
| --- | --- |
| **日本専門医制評価･認定機構 基本領域名称** | **〇　　　　　　　　　　　　 学会　　　　　　　　　　　　医** |
| **登録年月日** | **(西暦)　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　第　　　　　　 　　号** |

**※第2条（2）申請者のみ記入**

※専門医証の写し添付

**指定研修施設に於ける研修期間**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **施設名** | **ふりがな** |
|  |
| **同施設における研修期間** | **(西暦)　　　　 年　　　月　　　日 ～　　　　年　　　月　　　日** |
| ② | **施設名** | **ふりがな** |
|  |
| **同施設における研修期間** | **(西暦)　　　　 年　　　月　　　日 ～　　　　年　　　月　　　日** |
| ③ | **施設名** | **ふりがな** |
|  |
| **同施設における研修期間** | **(西暦)　　　　 年　　　月　　　日 ～　　　　年　　　月　　　日** |

**計　　　年　　　ヵ月**

第2条（1）申請者は、①＋②＋③が必ず5年以上になること。

第2条（2）申請者は、①＋②＋③が必ず1年以上になること。

**※上記に記載した全ての研修証明書の提出が必要です。**

|  |
| --- |
| **研修証明書****一般社団法人　日本ペインクリニック学会専門医認定委員会殿****20　　年　　　月　　　日****申請者氏名****上記の者は日本ペインクリニック学会指定研修施設において****学会の定める期間研修したことを証明いたします。****指定研修施設名****施設認定番号****住　　 所****電　　　 話****代表専門医名****専門医番号** |

不足分はこのページをコピーしてお使い下さい。

　　　　　**症　例　記　録** (第2条(1)のみ記入)

 　　　**NO,**

**会員番号**

**申請者名**

**※　全ての症例が周術期術後の短期疼痛管理のみは、受け付けておりません。**

* **略語の使用について：症例報告へ初出の際には、オリジナルの単語を記載の上でご使用下さい。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **番号** | **初 診****年/月/日** | **患者名****(イニシャル可)** | **性(年齢)** | **疾　患　名** | **主に行った治療法と回数** | **結　果** |
| 1 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 |

不足分は、このページをコピーしてお使い下さい。

**提出書類等チェックリスト**

※提出された申請書は、専門医認定委員会にて審査いたしますので、受験資格、記載内容に不備がないようご確認のうえご申請ください。なお、申請書、書類審査料は返却、返金はいたしかねます。

※本会にご登録いただいている勤務先、自宅情報と本申請書の情報が異なる場合には、本申請書に

記載されている情報に変更させていただきますのでご了承ください。

※提出漏れがないかチェックを入れ、同封してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック欄 | 提出書類等 | 該当頁 |
|[ ]  ペインクリニック専門医認定申請① | 1頁目 |
|[ ]  ペインクリニック専門医認定審査用履歴書 | 2頁目 |
|[ ]  本会学術集会および支部学術集会の記載と参加証明書の添付※本会学術集会2回以上と支部学術集会2回以上の出席が必ず必要です | 2頁目 |
|[ ]  業績目録：ペインクリニックに関する学会発表　※抄録の複写等の会名、会期の分かるものを添付 | 3頁目 |
|[ ]  業績目録：ペインクリニックに関する学会論文の複写等申請要項の①～③のいずれかの論文必須　※抄録の複写等の会名、会期の分かるものを添付　　　 | 3頁目 |
|[ ]  専門医証の写し　第2条（2）該当者のみ | 4頁目 |
|[ ]  研修証明：複数個所で研修をした場合は全ての証明が必要 | 4頁目 |
|[ ]  症例記録　第2条（1）該当者のみ | 5頁目 |
|[ ]  証明写真1枚(受験票貼付用)：履歴書貼付と同じもの※裏面に氏名を記入 |  |
|[ ]  提出書類チェックリスト（本紙） |  |