認定研修施設認定様式　　　　　　　　　　 　　　　　　 小児血液・がん専門医認定研修施設様式1

**日本小児血液・がん専門医認定研修施設**

**認定申請書　(新規)**

日本小児血液・がん学会　理事長殿

本施設は、日本小児血液・がん学会専門医制度による認定研修施設の認定を受けたく申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 申請施設名 |  | | |
| フリガナ | 姓 | 名 | 公印 |
| 申請施設長  氏　　　名 |  |  |  |
| フリガナ | 姓 | 名 | 印 |
| 研修責任者  氏　　　名 |  |  |  |

研修責任者は、施設の常勤医で小児血液・がん指導医の資格が必要です。

登録完了後、この用紙を印刷し、必要事項を記入し捺印の上郵送してください。

郵送提出がない場合には申請は受付となりません。

以下は事務局記入欄です。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | 施　第　―　号 |
| 受付年月日 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設認定番号 | 第　　　　　　　　　号 | 認定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 認定期間 | 自　　　年　　月　　日　〜　　至　　　年　　月　　日 | | |

認定研修施設認定様式　　　　　　　　　　 　　　　　　 小児血液・がん専門医認定研修施設様式2-1

**日本小児血液・がん専門医認定研修施設**

**施設概要登録 1/2**

ここでは施設概要の登録を行ってください。

認定研修施設には以下の要件が必要です。

1. 小児血液・がん指導医（みなし指導医を含む）1名以上が常勤で勤務していること。このうち1名を施設群研修責任者とする。
2. 小児がん認定外科医が常勤で勤務していること。
3. 日本医学放射線学会放射線診断専門医または放射線治療専門医が常勤で勤務していること。

放射線治療が自施設、または診療協力施設でできること。

1. 日本病理学会病理専門医が常勤で勤務していること。
2. 自施設、または、診療協力施設が日本造血・免疫細胞療法学会の移植認定施設であること。
3. 直近の3年間に下記に示す細則第２２条に示す診療実績(初発診療例)があること。

<細則第２２条> 診療実績に示す初発症例は本学会の小児がん全数把握登録事業または小児血液疾患登録事業に登録されていること。移植症例については造血細胞移植登録一元管理プログラム（TRUMP）に登録されていること。

* 1. 造血器腫瘍初発症例10例以上、または固形腫瘍初発症例10例以上
  2. 非腫瘍性血液疾患初発症例の実績があれば合計に加算する。
  3. 造血幹細胞移植の実績があれば合計に加算する。
  4. 上記の合計が30例以上とする。

1. 本学会が定める研修カリキュラム作成要項に基づいて研修カリキュラムが作成され公表されていること。自施設で完結しない項目については、他の認定施設と診療協力して補完し、全ての研修カリキュラムを満たすこと。
2. 院内倫理審査委員会が開催され、同委員会により承認された臨床試験に参加していること。
3. 院内の関連部門が参加する小児血液・がんカンファランスまたはこれに準じるものが定期的に開催され、会議録が保存されていること。
4. 緩和ケアチームが活動していること。
5. 保育士またはチャイルドライフスペシャリスト等による子ども療養支援体制、および、院内学級または訪問教師による教育支援体制があること。家族の長期滞在施設またはこれに準じる設備が利用できることが望ましい。

認定研修施設認定様式

**認定研修施設概要登録**

西暦　　　年　　月　　日

施設名・連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | |
| 申請施設名 |  | | | |
| フリガナ | 姓 | | 名 | |
| 研修責任者氏名 |  | |  | |
| 所在地 | 〒　　― | | | |
| 電話 |  | FAX | |  |
| 研修責任者 E-mail |  | | | |

小児科専門医について

貴施設の小児科全体について登録してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 常勤の小児科専門医数は何名ですか？ | 名 |
| 小児科専門医研修施設に認定されていますか？ | □はい　　　　□いいえ |

ここからは認定研修施設認定要件について登録してください。

注:**「常勤」とは、週32時間以上勤務**していることとします。

1. 認定研修施設には、小児血液・がん指導医または小児血液・がんみなし指導医が1名以上常勤で勤務していることが必要です。

小児血液・がん指導医または小児血液・がんみなし指導医は、常勤で何名勤務していますか？

|  |  |
| --- | --- |
| 小児血液・がん指導医 | 常勤　　　名 |
| 小児血液・がんみなし指導医 | 常勤　　　名 |

1. 認定研修施設には、小児がん認定外科医が常勤で勤務していることが必要です。

自施設に小児がん認定外科医は、常勤で何名勤務していますか？

|  |  |
| --- | --- |
| 小児がん認定外科医 | 常勤　　　名 |

1. 認定研修施設には、日本医学放射線学会放射線診断専門医または放射線治療専門医が常勤で勤務していることが必要です。

自施設に放射線診断専門医または放射線治療専門医は、常勤で何名勤務していますか？

|  |  |
| --- | --- |
| 放射線診断専門医 | 常勤　　　名 |
| 放射線治療専門医 | 常勤　　　名 |

　　放射線治療が自施設、または診療協力施設でできますか？

|  |  |
| --- | --- |
| 放射線治療ができるのは | □自施設  □診療協力施設 ( ) |

認定研修施設認定様式　　　　　　　　　　 　　　　　　 小児血液・がん専門医認定研修施設様式2-2

**日本小児血液・がん専門医認定研修施設**

**施設概要登録 2/2**

1. 認定研修施設には、病理専門医が常勤で勤務していることが必要です。

自施設に病理専門医は、常勤で何名勤務していますか？

|  |  |
| --- | --- |
| 病理専門医 | 常勤　　　名 |

1. 認定研修施設は、自施設(=自科)が日本造血・免疫細胞療法学会の移植認定施設であることが必要です。自施設(=自科)が上記でない場合には、診療協力施設がこの条件を満たすことで代えられます。

自施設が日本造血・免疫細胞療法学会の移植認定施設ですか？

|  |  |
| --- | --- |
| 日本造血・免疫細胞療法学会の移植認定施設 | □はい　　　　□いいえ |

　　自施設が上記でない場合には診療協力施設が日本造血・免疫細胞療法学会の移植認定施設ですか？

|  |  |
| --- | --- |
| 日本造血・免疫細胞療法学会の移植認定施設 | □はい (施設名: 　　　)　□いいえ |

1. 認定研修施設には、直近の3年間に下記に示す診療実績が必要です。
   1. 造血器腫瘍初発症例10例以上、または固形腫瘍初発症例10例以上。
   2. 非腫瘍性血液疾患初発症例(先天性・後天性凝固障害、鉄欠乏性貧血を除く赤血球疾患、非腫瘍性白血球系疾患、血小板異常など)の実績があれば合計に加算する (血管腫、鉄欠乏性貧血、DIC、頭蓋内出血、多血症、IgA血管炎は認められません)。
   3. 造血幹細胞移植の実績があれば合計に加算する。
   4. 上記の合計が30例以上とする。

直近の3年間とは、20xx年春の申請では、症例の診断年月日または移植年月が20xx -4年1月1日から20xx -2年12月31日の期間です。

直近の3年間の診療実績症例数を登録してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 直近の3年間の診療実績 | 初発造血器腫瘍　　　　　　　　　　　　例 |
| 初発固形腫瘍　　　　　　　　　　　　 例 |
| 初発非腫瘍性血液疾患　　　　　　　　　例 |
| 造血幹細胞移植　　　　　　　　　　　　例 |
| 上記合計 (30例以上必要) 例 |

1. 上記6の診療実績に示す初発症例は本学会の日本小児血液・がん学会疾患登録に登録されていることが必要です。また、移植症例については造血細胞移植登録一元化プログラム (以下、TRUMP)に登録されていることが必要です。移植症例については診療協力施設での登録でも認められます。

自施設で日本小児血液・がん学会疾患登録の血液疾患 (腫瘍性・非腫瘍性)登録と固形腫瘍登録・TRUMP登録が済んでいますか？あるいはTRUMP登録は診療協力施設での登録ですか？

|  |  |
| --- | --- |
| 血液疾患 (腫瘍性・非腫瘍性)登録 | □済 |
| 固形腫瘍登録 | □済 |
| TRUMP登録 | □済  □診療協力施設で登録している |

1. 認定研修施設は、本学会が定める研修プログラム作成要項に基づいて研修プログラムが作成され公表されていることが必要です。自施設で完結しない項目については、他の認定研修施設と連携して補完し、全ての研修プログラムを満たすことが必要です。

研修プログラムが作成されていますか？ (別途研修プログラムを提出してください)

|  |  |
| --- | --- |
| □済 | □有 |

1. 認定研修施設では、院内倫理審査委員会が開催されていることが必要です。また、同委員会により承認された臨床試験に参加していることが必要です。

院内倫理委員会が開催され、また、同委員会により承認された臨床試験に参加していますか？

|  |  |
| --- | --- |
| 院内倫理審査委員会が開催 | □有　　　開催頻度 1/＿週・ 月 |
| 臨床研究への参加 | □有 |

1. 認定研修施設では、院内の関連部門が参加する小児がんカンファランスまたはこれに準じるものが定期的に開催され、会議録が保存されていることが必要です。

小児がんカンファランスまたはこれに準じるものが定期的に開催され、会議録が保存されていますか？

|  |  |
| --- | --- |
| 小児がんカンファランスの開催 | □有　　　開催頻度 1/＿週・ 月 |
| 会議録の保存 | □有 |

1. 認定研修施設では、緩和ケアチームが活動していることが必要です。

緩和ケアチームが活動していますか？

|  |  |
| --- | --- |
| 緩和ケアチームが活動 | □有 |

1. 認定研修施設では、以下に示す小児患者の療養環境が整えられていることが必要です。療養環境とは、保育士またはチャイルドライフスペシャリスト等の子どもの療養支援担当の配慮、院内学級または訪問教師による教育支援、家族の長期滞在施設またはこれに準じる設備が利用できることです。

療養環境の整備がなされていますか？

|  |  |
| --- | --- |
| 療養環境の整備 (いずれか一つ以上が必要) | □保育士などの療養支援担当者配置  □院内学級または訪問教師による教育支援  □家族の長期滞在施設またはこれに準じる施設 |

認定研修施設認定様式　　　　　　　　　　 　　　　　　 小児血液・がん専門医認定研修施設様式3

**日本小児血液・がん専門医認定研修施設**

**指導医・みなし指導医・専門医在籍名簿**

ここでは、日本小児血液・がん指導医、日本小児血液・がんみなし指導医、日本小児血液・がん専門医の登録を行ってください。

認定研修施設の認定要件には以下の規定があります。

・規則第42条第1項: 日本小児血液・がん指導医(みなし指導医を含む)1名以上が常勤で勤務していること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

**日本小児血液・がん指導医、またはみなし指導医**

(指導医・みなし指導医)

氏名　　　　　　　　　　　　　 (認定番号　　　　　　　　　　　　)

(指導医・みなし指導医)

氏名　　　　　　　　　　　　　 (認定番号　　　　　　　　　　　　)

(指導医・みなし指導医)

氏名　　　　　　　　　　　　　 (認定番号　　　　　　　　　　　　)

(指導医・みなし指導医)

氏名　　　　　　　　　　　　　 (認定番号　　　　　　　　　　　　)

**日本小児血液・がん専門医**

(専門医)

氏名　　　　　　　　　　　　　 (認定番号　　　　　　　　　　　　)

(専門医)

氏名　　　　　　　　　　　　　 (認定番号　　　　　　　　　　　　)

(専門医)

氏名　　　　　　　　　　　　　 (認定番号　　　　　　　　　　　　)

(専門医)

氏名　　　　　　　　　　　　　 (認定番号　　　　　　　　　　　　)

(専門医)

氏名　　　　　　　　　　　　　 (認定番号　　　　　　　　　　　　)

認定研修施設認定様式　　　　　　　　　　 　　　　　　 小児血液・がん専門医認定研修施設様式4

**日本小児血液・がん専門医認定研修施設**

**小児がん認定外科医・小児外科専門医**

**放射線診断専門医・放射線治療専門医**

**病理専門医**

**在籍名簿**

ここでは、小児がん認定外科医、放射線診断専門医・放射線治療専門医、病理専門医の登録を行ってください。

認定研修施設の認定要件には以下の規定があります。

・規則第42条第2項: 小児がん認定外科医が常勤で勤務していること。

・同第3項: 日本医学放射線学会放射線診断専門医または放射線治療専門医が常勤で勤務していること。

放射線治療が自施設、または診療協力施設でできること。

・同第4項: 日本病理学会病理専門医が常勤で勤務していること。

ただし、診療協力施設は、予め登録されていることが必要です。診療協力施設は専門医認定研修施設でなくても構いませんが、診療協力施設の登録にあたっては、予め当該施設長の了解を得なければなりません。

複数の専門医がいる場合でも1人だけ登録し、他何名を記入してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

**小児がん認定外科医**

氏名　　　　　　　　　　　　　 (認定番号　　　　　　　　　　　　)

他　　名

**放射線診断専門医または放射線治療専門医**

(放射線診断専門医・放射線治療専門医)

氏名　　　　　　　　　　　　　 (認定番号　　　　　　　　　　　　)

(放射線診断専門医・放射線治療専門医)

(認定番号

氏名　　　　　　　　　　　　　 (自施設・診療協力施設　　　　　　)

他　　名

**病理専門医**

氏名　　　　　　　　　　　　　 (認定番号　　　　　　　　　　　　)

他　　名

認定研修施設認定様式　　　　　　　　　　 　　　　　　 小児血液・がん専門医認定研修施設様式5

**日本小児血液・がん専門医認定研修施設**

**診療協力施設登録**

ここでは診療協力施設（専門医制度規則ver5.0第41条）の登録を行ってください。診療協力施設がある場合には「ある」を選択し診療協力施設名と協力診療科責任者氏名を登録してください。ない場合には「ない」を選択してください。

認定研修施設の認定要件には以下の規定があります。

・規則第42条第3項: 日本医学放射線学会放射線診断専門医または放射線治療専門医が常勤で勤務していること。放射線治療が自施設、または診療協力施設でできること。

・同第5項: 自施設、または、診療協力施設が日本造血・免疫細胞療法学会の移植認定施設であること。

ただし、診療協力施設は、予め登録されていることが必要です。診療協力施設は専門医認定研修施設でなくて

も構いませんが、診療協力施設の登録にあたっては、予め当該施設長の了解を得なければなりません。

複数施設がある場合でも1施設だけ登録してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

放射線治療

　診療協力施設　□ある　□ない

　ある場合には以下を記入してください。

　診療協力施設名

　協力診療科責任者氏名

造血幹細胞移植

　診療協力施設　□ある　□ない

　ある場合には以下を記入してください。

　診療協力施設名

　協力診療科責任者氏名

認定研修施設認定様式　　　　　　　　　　 　　　　　　 小児血液・がん専門医認定研修施設様式6

**日本小児血液・がん専門医認定研修施設**

**研修施設群登録**

研修施設群を形成する場合は、研修施設群登録を行ってください。研修施設群を形成する場合には「はい」を選択し関連研修施設名と関連研修施設責任者氏名を登録してください。形成しない場合には「いいえ」を選択してください。

研修施設群に関する規則の概要

これまでの研修施設を認定研修施設（親施設）と関連研修施設（子施設）に分類し、認定研修施設を中心とした研修施設群を形成してカリキュラム制の専門研修を行う。

同一施設群内で同じカリキュラムを共有する必要があり、認定研修施設（親施設）と関連研修施設（子施設）における小児血液・がんカンファランスまたはこれに準じるものが定期的に開催され、会議録が残される必要がある。

西暦　　　年　　月　　日

研修施設群を形成されますか？

　□はい　□いいえ

はいの場合には研修施設群名を記入してください。

研修施設群名

はいの場合には研究施設群の関連研修施設名と関連研修施設責任者氏名を記入してください。

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

1. 関連研修施設名

関連研究施設責任者氏名

認定研修施設認定様式　　　　　　　　　　 　　　　　　 小児血液・がん専門医認定研修施設様式7

**日本小児血液・がん専門医認定研修施設**

**診療実績登録**

認定研修施設には、直近の3年間に下記に示す診療実績が必要です。

* 1. 造血器腫瘍初発症例10例以上、または固形腫瘍初発症例10例以上。
  2. 非腫瘍性血液疾患初発症例(先天性・後天性凝固障害、鉄欠乏性貧血を除く赤血球疾患、非腫瘍性白血球系疾患、血小板異常など)の実績があれば合計に加算する (血管腫、鉄欠乏性貧血、DIC、頭蓋内出血、多血症、IgA血管炎は認められません)。
  3. 造血幹細胞移植の実績があれば合計に加算する。
  4. 上記の合計が30例以上とする。

直近の3年間とは、20xx年春の申請では、症例の診断年月日または移植年月が20xx -4年1月1日から20xx -2年12月31日の期間です。

初発症例は本学会の日本小児血液・がん学会疾患登録に登録されていることが必要です。造血細胞移植症例は、すべて造血細胞移植登録一元化プログラム (以下、TRUMP)に登録されていることが必要です。

非腫瘍性血液疾患初発症例には、(血管腫、鉄欠乏性貧血、DIC、頭蓋内出血、多血症、IgA血管炎)は含みません。

「症例のID番号」欄には、固形腫瘍の場合は、日本小児血液・がん学会疾患登録　固形腫瘍の登録番号をお書きください (C100101など) また血液疾患の場合は、JSPHO登録番号をお書きください。造血細胞移植例はTRUMP登録に基づく一元管理番号をお書きください。

診療実績登録

西暦　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 症例のID番号 | 疾患名 | 診断または移植年月 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| 23 |  |  |  |
| 24 |  |  |  |
| 25 |  |  |  |
| 26 |  |  |  |
| 27 |  |  |  |
| 28 |  |  |  |
| 29 |  |  |  |
| 30 |  |  |  |

以下の欄は、予備用として診療実績報告登録欄です。記入がなくても登録は可能です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 31 |  |  |  |
| 32 |  |  |  |
| 33 |  |  |  |
| 34 |  |  |  |
| 35 |  |  |  |
| 36 |  |  |  |
| 37 |  |  |  |
| 38 |  |  |  |
| 39 |  |  |  |
| 40 |  |  |  |