

血液専門医免除規定利用者用

①小児血液・がん専門医

認定申請書

写真添付
3.5×3.0cm
6カ月以内に、
正面・脱帽で撮影
されたもので
裏面に氏名を記
入すること。

日本小児血液・がん学会 理事長 殿

私は小児血液・がん専門医の認定を受けたく、必要書類を添えて申請します。
なお、本件に関する全ての連絡は日本小児血液・がん学会への登録情報を基に行われることを了承します。

		西暦		年	月	日
フリガナ	姓	名	性別	生年月日		
申請者氏名			男・女	西暦	年	月 日
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日	西暦	年	月 日
小児血液・がん学会 会員番号			学会入会日	西暦	年	月 日
現住所(自宅)	〒					
電話		FAX				
E-mail	@					
勤務先名						
所属						
職名						
住所(勤務先)	〒					
電話		FAX				
E-mail	@					

血液専門医免除規定利用者用 ②小児科専門医・血液専門医 申告書

西暦 年 月 日

申請者氏名 _____ (署名) この欄では自署をお願いします

以下の小児科専門医と血液専門医は必須

日本小児科学会 小児科専門医		
登録番号 第 _____ 号	専門医認定期間 _____年__月__日～_____年__月__日	
日本血液学会 血液専門医		
認定番号 第 _____ 号	認定期間 自 _____年__月__日	至 _____年__月__日
以下の暫定指導医資格を有していたら必ず記載してください。 (専門医に認定された場合に、その後の指導医申請の連絡のために使用します。)		
日本小児血液・がん学会 暫定指導医		
登録番号 第 _____ 号	認定期間 _____年__月__日～_____年__月__日	

血液専門医免除規定利用者用

③履歴書

西暦 年 月 日

学歴、勤務施設および職名を記載すること。ただし卒後初期研修修了後5年以上の小児血液および小児がんを含む小児科臨床に従事したことを示す内容であること。専門医研修施設についてはその旨を明示すること。

申請者氏名 _____

学 歴

年 月	学 歴 (大 学 以 上)

職 歴・勤務施設 (専門医研修施設の場合にはその旨を付記してください)

西暦 年 月 から	西暦 年 月 まで	勤務施設および職名

血液専門医免除規定利用者用

④専門医研修修了証明書

西暦 年 月 日

申請者氏名 _____

指導責任者として下記を証明する。

1. 上記の者は日本小児血液・がん学会の専門医研修施設である当施設に所属し、定められた研修プログラムを下記の期間研修し修了（見込み）すること。
2. 提出する症例一覧と症例要約は、下記研修期間内に当研修施設で申請者自らが診療チームの一員として治療にあたった症例であること。

指導責任者署名 _____

印

研修期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日
研修施設	

※研修施設が複数の時はそれぞれの施設での証明書を提出すること

※※「指導責任者」とは、専門医研修施設が作成した研修プログラムに記載されている者である。

血液専門医免除規定利用者用

⑤研修実績記録

西暦 年 月 日

細則第6条に定める学会・教育セミナーに出席し、直近の5年間に関わらず、これまでに研修単位70単位以上の研修を行っていることが必要である。

申請者氏名 _____

研修集会名	回数	単位数
日本小児血液・がん学会学術集会 (2回以上必須) (1回10単位)		
日本小児血液・がん学会主催教育セミナー (1回5～10単位)		
日本小児血液・がん学会学術集会教育セッション (1回5単位)		
日本血液学会学術集会		
日本小児外科学会学術集会		
その他の研修集会		
合計単位数		

研修実績記録 参加証等貼付票

研修実績記録の研修記録用紙に参加証の写しを貼り付けて下さい。

西暦 年 月 日	研修集会名、 参加証等貼付	単位数
	小計	

申請者氏名

不足する場合は必要枚数コピーして作成し提出して下さい。

血液専門医免除規定利用者用

⑥学術業績リスト 学会発表

西暦 年 月 日

申請者氏名 _____

直近の5年間(2014年4月1日から2019年3月31日)に細則第6条に示す本学会が指定する学会やセミナーでの共同演者を含む発表3件以上を報告すること。発表は小児血液・小児がんに関する学会発表に限る。筆頭演者としての発表を1件以上含まなければならない。筆頭演者発表には誌上発表は含まない。予備2件まで追加記載可とする。

1. 筆頭演者名 演題名 学会名 開催年月	
2. 筆頭演者名 演題名 学会名 開催年月	
3. 筆頭演者名 演題名 学会名 開催年月	
4. 筆頭演者名 演題名 学会名 開催年月	
5. 筆頭演者名 演題名 学会名 開催年月	

<抄録(演題名、演者、所属、学会名、開催年月日を含む)の写しを添付のこと。
学会名や開催年月は手書きで可。抄録の写しには本人の氏名に下線を引くこと。>

血液専門医免除規定利用者用

⑦学術業績リスト 論文

西暦 年 月 日

申請者氏名

論文は、peer review system のある学術雑誌に掲載された論文が **3件以上あること**。
論文は、直近の5年間（2014年4月1日から2019年3月31日）の血液学・小児腫瘍学に関連した論文（症例報告を含む）に限る。**筆頭著者としての原著論文を1件以上含まなければならない**。学会抄録は論文には含まない。予備2件まで追加記載可とする。

※審査により不適格と判断されることがございますので、不安があれば必ず予備を記載してください。

1. 筆頭著者名 論文名 学術雑誌名 巻・頁・発行年	
2. 筆頭著者名 論文名 学術雑誌名 巻・頁・発行年	
3. 筆頭著者名 論文名 学術雑誌名 巻・頁・発行年	
4. 筆頭著者名 論文名 学術雑誌名 巻・頁・発行年	
5. 筆頭著者名 論文名 学術雑誌名 巻・頁・発行年	

<論文表紙（表題、著者、所属、要約を含む）の写しを添付のこと>

血液専門医免除規定利用者用

⑧臨床経験記録

西暦 年 月 日

細則第8条に定める経験症例 30 例のうち、固形腫瘍 10 例を含む 15 例の一覧を提出すること。暫定指導医が申請者本人しか在籍しない施設では本人の署名を添えること。予備 5 件の追加記載を可とする。

※審査により不適格と判断されることがございますので、不安があれば必ず予備を記載してください。

申請者氏名 _____ (署名) この欄では自署をお願いします

疾患分野	症例番号	施設名	受け持ち期間	診断名	施設症例 I D	年齢	指導医自署署名
固形腫瘍	1		~				
固形腫瘍	2						
固形腫瘍	3						
固形腫瘍	4						
固形腫瘍	5						
固形腫瘍	6						
固形腫瘍	7						
固形腫瘍	8						
固形腫瘍	9						
固形腫瘍	10						

臨床経験記録

西暦 年 月 日

申請者氏名

(署名) この欄では自署をお願いします

疾患分野	症例番号	施設名	受け持ち期間	診断名	施設症例ID	年齢	指導医自署署名
	11						
	12						
	13						
	14						
	15						

⑨個別症例票

		指導医 自筆署名			
症例番号		疾患分野		<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 外来
申請者氏名				患者ID	
受け持ち期間	西暦	年	月	日～	年 月 日
受け持ち 患者年齢			患者性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
家族歴					
既往歴					
診断名					
症例要約					

必要枚数をコピーして使用してください。「個別症例票の記載について」を参照してください。