

# 暫定指導医免除規定利用者用

## ①小児血液・がん専門医 認定申請書 ②小児血液・がん指導医 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・がん専門医および指導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<br>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            | @ |     |         |      |   |     |

# 暫定指導医免除規定利用者用 ③小児血液・がん暫定指導医・ 小児科専門医・がん治療認定医・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

|                             |                                      |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| 以下の暫定指導医と小児科専門医は必須          |                                      |                      |
| 日本小児血液・がん学会 暫定指導医           |                                      |                      |
| 登録番号<br>第 _____ 号           | 認定期間<br>_____年__月__日～_____年__月__日    |                      |
| 日本小児科学会 小児科専門医              |                                      |                      |
| 登録番号<br>第 _____ 号           | 専門医認定期間<br>_____年__月__日～_____年__月__日 |                      |
| 以下のがん治療認定医・血液専門医はいずれか一つ以上必要 |                                      |                      |
| 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医         |                                      |                      |
| 番号<br>第 _____ 号             | 交付年月日<br>_____年__月__日                | 有効期限<br>_____年__月__日 |
| 日本血液学会 血液専門医                |                                      |                      |
| 認定番号<br>第 _____ 号           | 認定期間<br>自 _____年__月__日               | 至 _____年__月__日       |

# 暫定指導医免除規定利用者用

## ④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8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はその旨を付記してください）

| 西暦 年 月<br>から | 西暦 年 月<br>まで | 勤務施設および職名 |
|--------------|--------------|-----------|
|              |              |           |
|              |              |           |
|              |              |           |
|              |              |           |
|              |              |           |
|              |              |           |
|              |              |           |



# 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<br>年 月 日 | 研修集会名、<br>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。

# 暫定指導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行われた共同演者を含む発表5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は必ずしも必要としない。筆頭演者発表には誌上発表は含まない。予備2件を追加記載可とする。

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1. 筆頭演者名<br>演題名<br>学会名<br>開催年月 |  |
| 2. 筆頭演者名<br>演題名<br>学会名<br>開催年月 |  |
| 3. 筆頭演者名<br>演題名<br>学会名<br>開催年月 |  |
| 4. 筆頭演者名<br>演題名<br>学会名<br>開催年月 |  |
| 5. 筆頭演者名<br>演題名<br>学会名<br>開催年月 |  |
| 6. 筆頭演者名<br>演題名<br>学会名<br>開催年月 |  |
| 7. 筆頭演者名<br>演題名<br>学会名<br>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。>

## 暫定指導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。筆頭著者としての論文は必ずしも必要としない。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<br>論文名<br>学術雑誌名<br>巻・頁・発行年 |  |
| 2. 筆頭著者名<br>論文名<br>学術雑誌名<br>巻・頁・発行年 |  |
| 3. 筆頭著者名<br>論文名<br>学術雑誌名<br>巻・頁・発行年 |  |
| 4. 筆頭著者名<br>論文名<br>学術雑誌名<br>巻・頁・発行年 |  |
| 5. 筆頭著者名<br>論文名<br>学術雑誌名<br>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>

# 暫定指導医免除規定利用者用

## ⑧臨床経験記録

西暦 年 月 日

細則第 12 条に定める臨床経験を有していること。すなわち、直近の 5 年間に小児血液疾患または小児がん症例を **20 例以上** 経験（診断および治療）していること。経験症例の疾患領域は問わない。また、腫瘍性疾患についても非腫瘍性血液疾患あるいは造血幹細胞移植についても、経験した症例であれば施設を問わない。個別症例票は必要としない。予備 5 件の追加記載を可とする。

※審査により不適合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 |
|------|------|-----|--------|-----|----------|----|---------|
|      | 1    |     | ~      |     |          |    |         |
|      | 2    |     |        |     |          |    |         |
|      | 3    |     |        |     |          |    |         |
|      | 4    |     |        |     |          |    |         |
|      | 5    |     |        |     |          |    |         |
|      | 6    |     |        |     |          |    |         |
|      | 7    |     |        |     |          |    |         |
|      | 8    |     |        |     |          |    |         |
|      | 9    |     |        |     |          |    |         |
|      | 10   |     |        |     |          |    |         |

