1. **小児血液・がん専門医 資格更新申請書**

日本小児血液・がん学会 理事長 殿

私は小児血液・がん専門医資格更新の認定を受けたく､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 |
| 小児血液・がん学会専門医認定番号 |  | | 専門医認定日 | | | 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 | ＠ | | | | | |

**②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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 以下の小児科専門医は必須 | | |
| 日本小児科学会 小児科専門医 | | |
| 登録番号  第　　　　　　　　　号  第　　　　　　　　　号 | 専門医認定期間  　　　　　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  第　　　　　　　　　号 | 交付年月日  　　　　年　　月　　日 | 有効期限  　　　　　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 |

**※資格更新申請の際には以下の認定証写しをご提出ください**

**1)小児科学会 小児科専門医および2)日本がん治療認定医機構がん治療認定医または日本血液学会血液専門医**

**③研修実績記録**

西暦　　　　　　年　　　月　　　日

細則第６条に定める本学会が指定する学会、セミナーに出席し、これらの合計研修単位が**100単位以上**であること。

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 |  |  |
| 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 | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 西暦  年　月　日 | 研修集会名、  参加証等貼付 | 単位数 |
|  |  |  |
| 小計 | |  |

研修実績記録　参加証等貼付票　申請者氏名

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。

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。

④**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（2015年4月1日から2020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発表を**3件以上**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**

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。＞

⑤**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（2015年4月1日から2020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。

**筆頭筆者としての発表は必ずしも必要としない。**

学会抄録は論文には含まない。予備として5件まで記載可とする。

※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＞

⑥臨床経験記録

西暦　　　　　　年　　　月　　　日

診療チームの一員として直近の５年間（2015年4月1日から2020年3月31日）に診断・治療を行った小児血液疾患または小児がん症例のうち重複しない**20例の症例一覧**を記入すること。経験症例の疾患領域は問わない。診療チームの一員とは、診断や治療の方針決定に参加し、治療中に治療指示や病状説明を行った者をいう。予備として５例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、不安がある場合は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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**  **自筆署名** |
| 1 |  | ～ |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　(その２)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**  **自筆署名** |
| 11 |  | ～ |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  | ～ |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |