申請書類チェックリスト

**新規申請用**

 正本 副本（コピー）

1 認定施設認定申請書 １ １

2. 認定施設内容説明書 １ １

3. 専門医履歴書 １ １

4. 勤務証明書 １ １

5. 症例報告書 １ １

6. 症例報告書（一覧表） １ １

7. 申請料払込が証明できる書類コピー １

 （振替払込請求書兼受領書、払込受領証、ご利用明細票、払込票兼受領証、送金結果など）

8. 受領はがき（切手貼付・宛名記載のもの） １

 ＊受付番号 、令和　　年　　月　　日 地区

（日本内分泌外科学会専門医制度委員会事務局記載欄）

**認定施設認定申請書**

令和　　年　　月　　日

日本内分泌外科学会専門医制度 施設認定委員会　御中

当施設を日本内分泌外科学会専門医制度規則および施行細則に規定する認定施設として認定されますよう、下記のとおり申請します。

 診療施設名

 施設長（病院長）　氏名 公印

 診療施設所在地

 〒

 電　　　話：

 ファックス：

 専門医師名（診療科名）＊ 医籍登録年月 専門医認定登録番号

1．（代表） （ ） 年 月 第 号

2． （ ） 年 月 第 号

3． （ ） 年 月 第 号

4． （ ） 年 月 第 号

5． （ ） 年 月 第 号

＊専門医師は最大5名まで記入ください。

施設連絡（担当者）氏名（職務） 氏名 （ ）

 E mailアドレス：

専門医施設認定後、日本内分泌外科学会ホームページに施設名が公表されることに同意しますか？

 同意する 同意しない

**認定施設内容説明書**

令和　　年　　月　　日

申請施設名 代表専門医氏名 印

1．申請前年までの5年間（または1年間）の手術数

（以下のいずれかひとつに記入）

甲状腺・副甲状腺疾患手術数 例

副甲状腺・副腎疾患手術数 例

副甲状腺疾患手術数 例

副腎疾患手術数 例

（参照）専門医制度規則施行細則　第~~5~~→6章　第~~17~~→21条1。第~~17~~→21条2～第~~19~~→23条も参照のこと。

2．日本内分泌外科学会専門医制度によるカリキュラム指導体制

内分泌外科専門医研修カリキュラムの指導体制

（　あり　　なし　）

3．検査室および図書室の設備

1）検査体制

a. 超音波検査 （ あり なし ）

b. 穿刺吸引細胞診 （ あり なし ）

c. その他

2）図書室 （ あり なし ）

3）剖検室 （ あり なし ）

なしの場合 剖検依頼先施設名

電話番号

4．内分泌疾患に関する定期的教育行事内容

 ＊受付番号 、令和　　年　　月　　日 地区

（日本内分泌外科学会専門医制度委員会事務局記載欄）

**専門医履歴書**

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  印 | 大・昭 年 月 日 |
| 医籍登録番号 専門医登録番号 |
| 現住所 | 郵便番号 |
| Tel |
| 卒業大学 大学 昭和・平成　　年　　月卒業 |
| 職歴 期間 勤務先および所属 |
| 昭和　　年　　月　～ 昭和　　年　　月平成 平成 |  |
| 昭和　　年　　月　～ 昭和　　年　　月平成 平成 |  |
| 昭和　　年　　月　～ 昭和　　年　　月平成 平成 |  |
| 昭和　　年　　月　～ 昭和　　年　　月平成 平成 |  |
| 昭和　　年　　月　～ 昭和　　年　　月平成 平成 |  |
| 昭和　　年　　月　～ 昭和　　年　　月平成 平成 |  |
| 昭和　　年　　月　～ 昭和　　年　　月平成 平成 |  |
| 昭和　　年　　月　～ 昭和　　年　　月平成 平成 |  |
| 昭和　　年　　月　～ 昭和　　年　　月平成 平成 |  |

（不足の場合には複写してご記入ください）

**勤務証明書**

令和　　年　　月　　日

下記の医師は当施設の常勤医であることを証明します。

 申請施設名

 施設長氏名 公印

常勤医

氏名

入職年月 年 月 日

当該常勤医による内分泌疾患に対する診療内容の概略

1．外来診療（定期的な外来日の有無、内分泌疾患症例数などを中心に記載ください。）

2．病棟診療（年間手術数および診療内容などを記載ください。）

**症例報告書（申請前年または直近1年間）**

施設名 代表専門医氏名 印

**期間：平成・令和　　年　月～平成・令和　　年　月**

**甲状腺**

甲状腺癌 甲状腺全摘術（±リンパ節郭清） 例

甲状腺手術（全摘以外）（±リンパ節郭清） 例

甲状腺癌リンパ節郭清のみ 例

バセドウ病 バセドウ病甲状腺切除術 例

良性甲状腺疾患 甲状腺切除術 例

その他の甲状腺手術 例

 計 例

**副甲状腺**

副甲状腺疾患 原発性副甲状腺亢進症手術 例

二次性副甲状腺亢進症手術 例

その他の副甲状腺手術 例

 計 例

**副腎**

腹腔鏡手術 例

開放手術 例

その他の副腎手術 例

 計 例

（参照）専門医制度規則施行細則　第~~5~~→6章　第~~19~~→23条［症例報告書］申請前年1年間に第~~17~~→21条2に定める手術実績がない場合は、第~~17~~→21条1に定める申請直近の5年間の手術実績の症例報告書を記載すること。

**症例報告書（一覧表）**

施設名 代表専門医氏名 印

甲状腺・副甲状腺 副甲状腺・副腎 副甲状腺のみ 副腎のみ（いずれかを○で囲む）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 施行年月 | 診断名 | 実施手術名 | 備考 |
| 1 |  年 月 |  |  |  |
| 2 |  年 月 |  |  |  |
| 3 |  年 月 |  |  |  |
| 4 |  年 月 |  |  |  |
| 5 |  年 月 |  |  |  |
| 6 |  年 月 |  |  |  |
| 7 |  年 月 |  |  |  |
| 8 |  年 月 |  |  |  |
| 9 |  年 月 |  |  |  |
| 10 |  年 月 |  |  |  |
| 11 |  年 月 |  |  |  |
| 12 |  年 月 |  |  |  |
| 13 |  年 月 |  |  |  |
| 14 |  年 月 |  |  |  |
| 15 |  年 月 |  |  |  |
| 16 |  年 月 |  |  |  |
| 17 |  年 月 |  |  |  |
| 18 |  年 月 |  |  |  |
| 19 |  年 月 |  |  |  |
| 20 |  年 月 |  |  |  |
|  |  年 月 |  |  |  |
|  |  年 月 |  |  |  |
|  |  年 月 |  |  |  |
|  |  年 月 |  |  |  |
|  |  年 月 |  |  |  |

申請前年または直近1年間の手術症例を記載ください。要件を満たす症例数以上を記入すれば、1年間の症例の一部でも可。

（参照）専門医制度規則施行細則　第~~5~~→6章　第~~19~~→23条［症例報告書］申請前年1年間に第~~17~~→21条2に定める手術実績がない場合は、第~~17~~→21条1に定める申請直近の5年間の手術実績の症例報告書を記載すること。