申請書類チェックリスト

**更新申請用**

正本 副本（コピー）

1 専門医更新認定申請書 １ １

2. 履歴書 １ １

3. 内分泌外科専門医認定証（写） １ １

4. 基本的診療科の専門医認定証（写） １ １

5. 研究実績一覧表（証拠書類コピー１部添付） １ １

6. 研修実績一覧表（証拠書類コピー１部添付） １ １

7. 診療実績一覧表 １ １

8. 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）

9. 受領はがき（切手貼付、申請者宛名を記入したもの） １

＊受付番号

（日本内分泌外科学会専門医制度委員会事務局記載欄）

**専門医更新認定申請書**

西暦　　　　年　　月　　日

一般社団法人日本内分泌外科学会専門医制度　資格認定委員会　御中

日本内分泌外科学会専門医制度規則による内分泌外科専門医更新認定を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | | 男・女 | 西暦  　　　　　年　　月　　日 |
| 日本内分泌外科学会会員番号 | ： | | | |
| 内分泌外科専門取得年月日 | ：西暦　　　年　　月　　日 | | | |
| 内分泌外科専門医番号 | ： | | | |
| 勤務先  施設名（科）：  郵便番号：  住所： | | | | |
| Tel： | | FAX： | | |
| 自宅  郵便番号：  住所：  Tel： | | | | |
| 連絡先（○印で囲む） | １．勤務先 | | | ２．自宅 |
| 基本領域専門医有効年月日：西暦　　　年　　月　　日 | | | | |
| 基本領域専門医番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | |
| 基本的診療科名（専門医取得したときの専門医の診療科名）  外科 泌尿器科 耳鼻咽喉科　（該当するものを○で囲む） | | | | |
| 専門医更新後、日本内分泌外科学会ホームページに氏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  １回以上の専門医更新の場合には指導医の申請・更新も同時に希望されますか？  　　　　　　　　　　　希望する　　　　　　　指導医は希望しない | | | | |

＊受付番号

（日本内分泌外科学会専門医制度委員会事務局記載欄）

**履　歴　書**

西暦　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性別 |
| 氏名 |  | | 男・女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日生 | | |
| 卒業大学 | 大学 西暦　　　　年　　月卒業 | | | |
| 職歴  期間 勤務先および所属 | | | | |
| 西暦　　　年　　月　～　　　　年　　月 | |  | | |
| 年　　月　～　　　　年　　月 | |  | | |
| 年　　月　～　　　　年　　月 | |  | | |
| 年　　月　～　　　　年　　月 | |  | | |
| 年　　月　～　　　　年　　月 | |  | | |
| 年　　月　～　　　　年　　月 | |  | | |
| 年　　月　～　　　　年　　月 | |  | | |
| 年　　月　～　　　　年　　月 | |  | | |
| 年　　月　～　　　　年　　月 | |  | | |
| 年　　月　～　　　　年　　月 | |  | | |
| 年　　月　～　　　　年　　月 | |  | | |

（不足の場合には複写してご記入ください）

**研究実績一覧表**

合計　　　　　　　　点 申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

1. 論文発表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 著者  または共著者 | 論文題名 | 掲載雑誌名 | 巻（号）ページ | 発表年  西暦 | 点数 |
|  |  |  |  |  |  |  |

不足のときはコピーしてください。

**研究実績一覧表**

合計　　　　　　　　点 申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

1. 学会発表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 発表者  共同発表者 | 演題名 | 学会名 | 開催地 | 発表年  西暦 | 点数 |
|  |  |  |  |  |  |  |

不足のときはコピーしてください。

**研究実績証明書コピー**

(論文発表は論文名、発表者が記載されている表紙のコピー。学会発表は演題名、演者名のわかる部分の抄録集のコピーを添付して下さい。)

**研修実績一覧表**

合計　　　　　　　　点 申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 学会名 | 内容 | 期間（西暦） | 点数 |
|  |  |  |  |  |

不足のときはコピーしてください。

**研修実績証明書コピー**

(参加証及び修了証のコピーを添付して下さい。)

**症例数報告書**

専門医氏名　 印

**甲状腺**

計 　　例

**副甲状腺**

計 　例

**副腎**

計 0例

**その他の外科手術数**（外科専門医を基盤にするもののみ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　計 　 0例

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　総計 　 0例

＊受付番号

**内分泌外科専門医申請の診療実績一覧表**

施設名 診療科長名 印

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

申請者氏名 印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 施行年月 | 病理組織診断名 | 実施手術名 | 役割分担 | 備考 |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |
|  | 年　　月 |  |  |  |  |

注１）症例No.は用紙番号の順に通し番号を記入。施設ごとに別用紙を使用。

注２）役割分担は、指導者または術者、助手の区別を記載のこと

注３）必要に応じてコピーしてください。

注４）専門領域が外科以外の方はこちらもご提出ください。