**日本甲状腺学会専門医（暫定）認定申請書**

申請期間2019年1月1日〜2019年12月31日（必着）

年　　月　　日

申請者氏名　　　　　　　　　　　　印　　生年月日

所属施設・診療科名

所属診療科住所　〒

TEL

FAX

E-mail※

※申請に関する各種連絡はメールで行ないます。必ず記入してください。

|  |
| --- |
| （1）資格について  　　日本甲状腺学会の会員歴：　　　　　　年　　　月より　　　　年間 |
| （2）甲状腺の専門医として登録に関して（いずれかに○印をつけること）  　　日本甲状腺学会のホームページに掲載します  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 諾　・　否  （3）甲状腺に関する診療（過去５年間）について  ⅰ）現在診察中の甲状腺疾患患者総数　　　　　　　　　　　　　名  ⅱ）現在診察中のバセドウ病患者数　　　　　　　　　　　　　　名  ⅲ）現在診察中の橋本病患者数　　　　　　　　　　　　　　　　名  ⅳ）現在診察中の甲状腺機能低下症患者数　　　　　　　　　　　名  ⅴ）現在診察中の甲状腺腫瘍患者数　　　　　　　　　　　　　　名  ⅵ）亜急性甲状腺炎患者の経験総数　　　　　　　　　　　　　　名  ⅶ）無痛性甲状腺炎患者の経験総数　　　　　　　　　　　　　　名  ⅷ）他の甲状腺疾患患者の経験総数　　　　　　　　　　　　　　名 |

※概算ではなく、実数を記載すること。

　　　　症例の記載用紙は下記（４ﾍﾟｰｼﾞ）にあり。

（4）日本甲状腺学会専門医(暫定）認定規定に定めた生涯教育・専門医教育の

2017年からの受講歴のコピー

|  |
| --- |
| コピーの糊付け欄 |

（5） 審査料2万円の払い込み証明のコピー

（審査料は原則として返却しない）　郵便局の振り込み証明コピーの貼付

振込先： 郵便振替口座番号　01040-7-611

加入者名：　　　日本甲状腺学会

※通信欄に、「日本甲状腺学会専門医（暫定）認定申請審査料」と明記してください。

※申請者本人以外の名義で振込む場合や、通信欄への記載が不可能だった場合は、

振込日・振込名義等の詳細を事務局までメール（maf-jta@mynavi.jp）でお知らせください。

|  |
| --- |
| コピーの糊付け欄 |

**※コピーしてご使用下さい**

No. 病院名

病歴No. 　　　　　転科　有・無 剖検　有・無

生年月　　　年　　月　　 年齢　　歳 性別　男・女 入院　有・無

受持期間　　自　　　年　　月　　日 至　　　年　　月　　日

診断（主病名および合併症）

転帰：□治癒　□軽快　□転科（手術　有・無）　□不変　□死亡（剖検　有・無）

フォーローアップ：□外来　□他医へ依頼　□転院（　　　　　　　　　　　　　）

病歴（主訴、既往歴、家族歴、現病歴、身体所見、検査所見、治療内容、経過等）

考察（手術例、剖検例については各々手術所見、組織所見、剖検所見等を含めての考察を記載。）

No. 病院名

病歴No. 　　　　　転科　有・無 剖検　有・無

生年月　　　年　　月　　 年齢　　歳 性別　男・女 入院　有・無

受持期間　　自　　　年　　月　　日 至　　　年　　月　　日

診断（主病名および合併症）

転帰：□治癒　□軽快　□転科（手術　有・無）　□不変　□死亡（剖検　有・無）

フォーローアップ：□外来　□他医へ依頼　□転院（　　　　　　　　　　　　　）

病歴（主訴、既往歴、家族歴、現病歴、身体所見、検査所見、治療内容、経過等）

考察（手術例、剖検例については各々手術所見、組織所見、剖検所見等を含めての考察を記載。）

記載者氏名：