日本小児神経外科学会認定医

（様式1）

認定医（新規・更新）申請書

日本小児神経外科学会認定医委員会　殿

私（申請者）は日本小児神経外科学会認定医の（新規・更新）審査を受けるにあたり、以下の必要書類と審査料を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請日（西暦） | | |  | | | 年 |  | | 月 |  | 日 |
| 新規または更新 | □ 新規　　　　□ 更新　　　　（いずれかに☑） | | | | | | | | | | | |
| ふりがな  申請者氏名 | （自署） | | | | | | | | | | | |
| 生　年　月　日 | 西暦　　　　年 　　月　 　日 | | | | | 性別（いずれかに○） | | | 男　・　女 | | | |
| ふりがな  勤務施設名 |  | | | | | | | | | | | |
| 施設所在地 | 〒  電話：　　　－ 　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 現　住　所 | 〒    電話：　　　－ 　　　－ | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス | @ | | | | | | | | | | | |
| 医籍登録番号 | 第 |  | 号 | | 卒業大学名  卒業年 | | | 大学  西暦　　　　　　　　　年卒 | | | | |
| 日本脳神経外科学会  専門医番号※ | 第 |  | 号 | | 取得した年月日 | | | 西暦　　　　年 月　　日 | | | | |
| 日本小児神経外科学会認定医番号  （更新申請の場合のみ） | 第 |  | 号 | | 取得した年月日 | | | 西暦　　　　年 月　　日 | | | | |

※有効期限内の日本脳神経外科学会専門医認定証（写）を添付のこと

日本脳神経外科学会専門医の「取得した年月日」は、専門医を更新した場合、更新の年月日とする

……………………………………………………………………………………………………………………….

\* 委員会使用欄（申請者は記入しないでください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* 受付日 | \* 受付番号 | \*会員歴 | \* 更新資格 | \* 学術単位 | \*手術経験 | \*臨床経験 | \* 審査料振込 | \* 審査結果 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

日本小児神経外科学会認定医

（様式2）

学会参加履歴

（新規・更新）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催年 | 第○回 | 開催場所 | 参加の有無 | 参加証のコピーまたは参加を証明するものの添付 | \* 委員会使用欄 |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 | \* |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 | \* |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 | \* |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 | \* |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 | \* |

* 新規申請時は申請前3年間の履歴、更新申請時は更新前5年間の履歴を記載すること。

日本小児神経外科学会の参加証（添付）

※学会の参加証またはそれに代わる資料を添付してください。

※日本脳神経外科学会のマイページの参加記録を出力したものでも可。

\*受付番号

日本小児神経外科学会認定医

（様式3）

学会発表履歴

（新規・更新）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催年 | 開催場所 | 演者・演題名・発表形式 | | \* 委員会使用欄 |
| （例）  2015年 | 下関 | 演　　者 | 師田信人、井原　哲、荻原英樹 | \* |
| 演 題 名 | 脊髄脂肪腫分類再考と脊髄脂肪腫手術． |
| 発表形式 | シンポジウム |
|  |  | 演　　者 |  | \* |
| 演 題 名 |  |
| 発表形式 |  |
|  |  | 演　　者 |  | \* |
| 演 題 名 |  |
| 発表形式 |  |
|  |  | 演　　者 |  | \* |
| 演 題 名 |  |
| 発表形式 |  |
|  |  | 演　　者 |  | \* |
| 演 題 名 |  |
| 発表形式 |  |
|  |  | 演　　者 |  | \* |
| 演 題 名 |  |
| 発表形式 |  |

* 新規申請時は申請前3年間の履歴、更新申請時は更新前5年間の履歴を記載すること。
* 発表者のみ、同一年度複数演題は１題のみ単位として認める。発表には、特別講演、セミナーでの発表も含む。
* 学会発表抄録のコピーを添付すること（印刷刊行物のコピーとする。ワード原稿等自分で作成したものは不可）。

\*受付番号

日本小児神経外科学会認定医

（様式4）

教育セミナー参加履歴

（新規・更新）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催年 | 開催場所 | 参加の有無 | 参加証のコピーまたは参加を証明するものの添付 | \* 委員会使用欄 |
|  |  | 有・無 | 有・無 | \* |
|  |  | 有・無 | 有・無 | \* |
|  |  | 有・無 | 有・無 | \* |
|  |  | 有・無 | 有・無 | \* |
|  |  | 有・無 | 有・無 | \* |

* 新規申請時は申請前3年間の履歴、更新申請時は更新前5年間の履歴を記載すること。

日本小児神経外科学会主催教育セミナー受講証（添付）

* 教育セミナーの参加証またはそれに代わる資料を添付すること。
* 資料が準備できない場合は本学会事務局に問い合わせること。

\*受付番号

日本小児神経外科学会認定医

（様式5）

論文リスト

（オーサーシップと査読欄には、該当するものに○をつけてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 著者・タイトル・雑誌名・発表年 | オーサーシップ | 査読 | \* 委員会使用 |
| （例）  君和田友美、林　俊哲、成澤あゆみ、白根礼造、冨永悌二．小児もやもや病における後方循環障害と後方血行再建術．小児の脳神経40: 232-237, 2015 | 筆頭著者  責任著者  その他共同著者 | 有  ・  無 | \* |
|  | 筆頭著者  責任著者  その他共同著者 | 有  ・  無 | \* |
|  | 筆頭著者  責任著者  その他共同著者 | 有  ・  無 | \* |
|  | 筆頭著者  責任著者  その他共同著者 | 有  ・  無 | \* |
|  | 筆頭著者  責任著者  その他共同著者 | 有  ・  無 | \* |
|  | 筆頭著者  責任著者  その他共同著者 | 有  ・  無 | \* |

* 刊行物の論文タイトルページコピーを添付すること。PubMedなどからのコピーは不可。
* 論文は「小児の脳神経」「Child's Nerve System」「JNS Pediatrics」掲載論文を主な対象とし、それ以外は委員会で審議いたします。

\*受付番号

日本小児神経外科学会認定医

（様式6）

審査料払込証明書

審査料を指定の学会口座に振り込まれたことを証明できる書類のコピーまたは出力をここに貼付してください。

例：

『郵便振替払込票兼受領証』

または『振込受領証』など。

【振込先】 下記のいずれかにお振込みください。

事務局の入金確認に数日を要する場合があります。

銀行の場合 銀行名：ゆうちょ銀行

支店名：〇一九（ゼロイチキュウ）店

口座番号：当座口座　0773763

口座名義：ニホンショウニシンケイゲカガッカイ

郵便振替の場合　 00180-3-773763

加入者名：日本小児神経外科学会

振込金額 新規申請：30,000円

更新申請：20,000円

※申請者名と振込人名が異なる場合は事務局にご一報ください。

\*受付番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 申請者氏名 | |  | | |
| 症例番号 | 実施施設名 | 手術日  （西暦年月） | 年齢 | 性別  ○記載 | 術式 | 疾患名 | 術者/助手/見学 | 分野  (番号) |
| 1 |  | 年　　月 | 歳　 　か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |
|  |  | □　見学 |
| 2 |  | 年　　月 | 歳　 　か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |
|  |  | □　見学 |
| 3 |  | 年　　月 | 歳　 　か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |
|  |  | □　見学 |
| 4 |  | 年　　月 | 歳　　 か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |  |
|  |  | □　見学 |  |
| 5 |  | 年　　月 | 歳　　 か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |  |
|  |  | □　見学 |  |
| 6 |  | 年　　月 | 歳　　 か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |  |
|  |  | □　見学 |  |
| 7 |  | 年　　月 | 歳　　 か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |  |
|  |  | □　見学 |  |
| 8 |  | 年　　月 | 歳　　 か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |  |
|  |  | □　見学 |  |
| 9 |  | 年　　月 | 歳　　 か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |  |
|  |  | □　見学 |  |
| 10 |  | 年　　月 | 歳　　 か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |  |
|  |  | □　見学 |  |

日本小児神経外科学会認定医

（様式7-1）

手術症例リスト

（注1）

（注2）

（注3）

（注4）

（注1）手術症例要約（様式7-2）にこの番号を記載してください。

（注2）5歳以下に該当する場合には□に☑をつけてください。

（注3）該当に☑をつけてください。

（注4）分野を番号で記載してください。　＜1.水頭症, 2.先天性疾患, 3.外傷, 4.その他＞　前記4分野のうち3分野以上を含むように作成してください。

（次ページにつづく）

日本小児神経外科学会認定医

（前ページよりつづく）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式7-1）

■予備症例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 実施施設名 | 手術日  （西暦年月） | 年齢 | 性別  ○記載 | 術式 | 疾患名 | 術者/助手/見学 | 分野  (番号) |
| 11 |  | 年　　月 | 歳　 　か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |
|  |  | □　見学 |
| 12 |  | 年　　月 | 歳　 　か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |
|  |  | □　見学 |
| 13 |  | 年　　月 | 歳　 　か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |
|  |  | □　見学 |
| 14 |  | 年　　月 | 歳　　 か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |  |
|  |  | □　見学 |  |
| 15 |  | 年　　月 | 歳　　 か月 | 男性 |  |  | □　主執刀 |  |
| □　5歳以下 | 女性 | □　助手 |  |
|  |  | □　見学 |  |

（注1）

（注2）

（注3）

（注4）

（注1）手術症例要約（様式7-2）にこの番号を記載してください。

（注2）5歳以下に該当する場合には□に☑をつけてください。

（注3）該当に☑をつけてください。

（注4）分野を番号で記載してください。　＜1.水頭症, 2.先天性疾患, 3.外傷, 4.その他＞　前記4分野のうち3分野以上を含むように作成してください。

■提出手術症例まとめ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 5歳以下症例数合計 | |  | | 例 |
| 症 例 数 | 主執刀 |  | | 例 |
| 助　手 |  | | 例 |
| 見　学 |  | | 例 |
|  |
| 分野内訳 | 1.水頭症 | |  | 例 |
| 2.先天性疾患 | |  | 例 |
| 3.外傷 | |  | 例 |
| 4.その他 | |  | 例 |

日本小児神経外科学会認定医

（様式7-2）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例リストの番号 |  | |  | | | | | | |
| 疾病名 |  | | | | | | 手術時年齢 | |  |
| * 式 |  | | | | | | | | |
| 手術時間 |  | 時間 | |  | 分 | 申請者の役割  （○で囲む） | | 主執刀　•　助手　•　見学 | |
| 手術適応及び術前の経過 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 手術所見・手順 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 術後経過（見学の際は不要） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

手術症例 要約

※記載欄のスペースは適宜増減させてご記載ください。

※公式手術記録のコピーをつけてください。

日本小児神経外科学会認定医

（様式8）

※該当者のみ

**手術見学証明書**

**見学者**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 所　　属 |  |

上記は、当施設において下記の手術を見学したことを証明する。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手術日（西暦） |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 患者年齢・性別 |  | 歳 |  | か月 | 男 | 女 |
| 疾患名 |  | | | | | |
| 術　式 |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記載日（西暦） |  | | 年 |  | 月 | |  | | 日 |
| 施　設　名 |  | | | | | | | | |
| 指導認定医1 | 名前 |  | | | | 認定医番号 | |  | |
| 指導認定医2 | 名前 |  | | | | 認定医番号 | |  | |

\*受付番号

日本小児神経外科学会認定医

（様式9-1）

**臨床経験症例リスト　20症例**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請者氏名 |  |

■入院症例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 入院施設名 | 入院日　　　　　　　　　　　（西暦年月） | 年齢 | 性別 | 疾患名 | 退院サマリー  添付 |
| 1 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 2 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 3 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 4 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 5 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 6 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 7 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 8 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 9 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 10 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 11 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 12 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 13 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 14 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 15 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 16 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 17 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 18 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 19 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |
| 20 |  | 年　　月 | 歳 | □男性  □女性 |  | □ |

提出する退院サマリー 右上段に、この番号を記載してください。　　　　　　　　　　　（次ページにつづく）

日本小児神経外科学会認定医

（前ページよりつづく）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式9-1）

■外来症例

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 外来診療施設名 | 外来担当初診日/ 最終診療日　　　　　　　　　　　（西暦年月） | 性別 | 疾患名 | 外来経過要約 添付 |
| 21 |  | 年　　月 /　　　年　　月 | □男性　　　　　□女性 |  | □ |
| 22 |  | 年　　月 /　　　年　　月 | □男性　　　　　□女性 |  | □ |
| 23 |  | 年　　月 /　　　年　　月 | □男性　　　　　□女性 |  | □ |
| 24 |  | 年　　月 /　　　年　　月 | □男性　　　　　□女性 |  | □ |
| 25 |  | 年　　月 /　　　年　　月 | □男性　　　　　□女性 |  | □ |

提出する外来経過要約に、この番号を記載してください。

外来症例は、手術の有無に関係なく、1年以上継続して診療を行い、最終診療日の時点で15歳以下の症例のみ申請可能。

注意：　入院症例のみで、20症例申請する場合は、外来症例の記入は不要です。 　 外来症例は、上限5症例です。

提出臨床経験症例 20症例 まとめ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院治療経験症例 | 合計 |  | | 例 | ＊必ず、退院サマリーを添付 | | |
| 外来治療経験症例 | 合計 |  | | 例 | ＊必ず、外来経過要約を添付（上限5症例） | | |
| 提出20症例の内訳 | 1. 水頭症 | |  | | | 例 |  |
| 1. 先天性疾患 | |  | | | 例 |
| 1. 外傷 | |  | | | 例 |
| 1. その他 | |  | | | 例 |
| 注：　４分野のうち、３分野以上を含むこと。 | | | | | | | |

日本小児神経外科学会認定医

（様式9-2）

**外来治療経過　要約**

＊ 要約を200字程度にまとめ、画像資料も必ず提出してください。（プリントアウトで可）

＊ 提出する外来症例の全てに治療経過要約が必要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例リストの番号 |  | 疾患名 |  |

|  |
| --- |
| 外来治療経過 |
|  |

（　　　　字）

日本小児神経外科学会認定医申請チェックリスト　新規申請

※書類を確認後、本チェックリストを申請書類に同封してください。

1. 新規申請に必要な単位（学術単位・手術経験・臨床経験）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-1　学術単位（1編以上、上限10単位） | | | | | ･･･････････条件を満たしている（○か×）→ | | |  |
|  |  | |
|  |  | | | 単位 | 件数 | 小計 |
|  | 2015年  第43回日本小児神経外科学会  下関 | | 学会参加 | | | 3 |  |  |
|  | 学会発表 | | | 3 |  |  |
|  | 教育セミナー参加 | | | 3 |  |  |
|  | 2016年  第44回日本小児神経外科学会  つくば | | 学会参加 | | | 3 |  |  |
|  | 学会発表 | | | 3 |  |  |
|  | 教育セミナー参加 | | | 3 |  |  |
|  | 2017年  第45回日本小児神経外科学会  神戸 | | 学会参加 | | | 3 |  |  |
|  | 学会発表 | | | 3 |  |  |
|  | 教育セミナー参加 | | | 3 |  |  |
|  | 査読のある小児神経外科領域の論文  （発表年度を問わない）上限10単位 | | 主著（筆頭、または責任著者） | | | 3 |  |  |
|  | 共著 | | | 1 |  |  |
|  |  | |  | | | **申請単位合計** | |  |
| 1-2　手術経験（15歳以下小児神経外科手術経験10例以上） | | | | | | |  |  |
|  | |  | | ･･･････････条件を満たしている（○か×）→ | | | |  |
| 1-3　臨床経験（15歳以下小児神経外科症例20例以上、外来症例は上限5例） | | | | | | | | |
|  | |  | ･･･････････条件を満たしている（○か×）→ | | | | |  |

２．新規申請に必要な書類　　　準備した書類に ☑ を入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | 申請書（様式１） |
| ☐ | 有効期限内の日本脳神経外科学会専門医認定証（写） |
| ☐ | 日本小児神経外科学会参加履歴（様式２）、参加証のコピーまたは参加を証明するもの |
| ☐ | 日本小児神経外科学会発表履歴（様式３）、抄録コピー |
| ☐ | 教育セミナー参加履歴（様式４）、教育セミナー参加証 |
| ☐ | 掲載論文リスト（様式５）、刊行物の論文タイトルページコピー |
| ☐ | 資格認定新規審査料（30,000円）振込み証明書（振込み領収書写）（様式６） |
| ☐ | 手術症例一覧（様式7-1）、手術症例要約（様式7-2） |
| ☐ | 手術見学証明書（該当者のみ）（様式８） |
| ☐ | 臨床経験症例リスト20症例（様式9-1）、外来治療経過要約（様式9-2）、画像資料 |
| ☐ | チェックリスト（本用紙） |