



## 2026 年度 認定医（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	<b>更 新</b>				
ふりがな 申請者氏名					
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（更新）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（更新）した 年月日	西暦 年 月 日		

※有効期限が記載された日本脳神経外科学会専門医認定証（写）を添付のこと

\* 委員会使用欄

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



## 学会参加履歴

(更新)

開催年	第〇回	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
2021	49	福島	有・無	有・無	*
2022	50	岐阜	有・無	有・無	*
2023	51	宇都宮	有・無	有・無	*
2024	52	富山	有・無	有・無	*
2025	53	奈良	有・無	有・無	*

※ 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。



## 学会発表履歴

## (更新)

開催年	開催場所	演者・演題名・発表形式		* 委員会使用欄
		演 著者		*
		演 題 名		
		発表形式		
		演 著者		*
		演 題 名		
		発表形式		
		演 著者		*
		演 題 名		
		発表形式		
		演 著者		*
		演 題 名		
		発表形式		
		演 著者		*
		演 題 名		
		発表形式		

- ※ 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（企業共催は含まない）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またはプリントアウトとする。ワード原稿等自分で作成したものは不可）。



## 教育セミナー参加履歴 (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
2021	Web	有・無	有・無	*
2022	Web	有・無	有・無	*
2023	Web	有・無	有・無	*
2024	Web	有・無	有・無	*
2025	Web	有・無	有・無	*

※ 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）

※ 教育セミナーの受講証またはそれに代わる資料を添付すること。

\*受付番号 \_\_\_\_\_



## 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
	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	*

- ※ 論文は主著・共著問わず3編まで申請可。
- ※ 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 Nervous System」「JNS Pediatrics」「Pediatric Neurosurgery」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。前記以外の論文は、全文コピーを添付し、小児領域の論文であることを数行で述べてください（書式自由）。



## 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：一般社団法人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 \_\_\_\_\_



## 認定更新猶予申請書

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更新を行うにあたり、必要な単位数を取得できていないため、細則第6・7条の規定に従い、以下の必要書類を添えて申請します。

	申請日（西暦）	年	月	日
ふりがな 申請者氏名				
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（更新）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（更新）した 年月日	西暦 年 月 日	
<b>【猶予理由】</b> 該当する理由のチェックボックスに印を入れて下さい。				
<input type="checkbox"/> 1. 必要な単位取得不足（猶予期間は1年間）		<input type="checkbox"/> 2. 海外留学（留学先、期間など証明書添付要）		
<input type="checkbox"/> 3. 長期療養（証明書添付要）		<input type="checkbox"/> 4. 出産・育児（証明書添付要）		
<input type="checkbox"/> 5. その他				
<b>【詳細な理由】</b>				

\*原則として事後申請は認めません。

\* 委員会使用欄

* 受付日時	* 受付番号	* 更新猶予資格	* 審査結果
*	*	*	*

\*受付番号 \_\_\_\_\_



## 日本小児神経外科学会認定医申請チェックリスト

更新申請

※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。

申請者氏名：

1. 更新申請に必要な単位（学術単位）

## 学術単位（12 単位以上、論文は上限 5 単位で 3 編まで、2 回以上の学会参加）

……条件を満たしている（○か×）→

		単位	件数	小計
2021 年 第 49 回日本小児神経外科学会 福島	学会参加	3		
	学会発表	3		
	教育セミナー参加	3		
2022 年 第 50 回日本小児神経外科学会 岐阜	学会参加	3		
	学会発表	3		
	教育セミナー参加	3		
2023 年 第 51 回日本小児神経外科学会 宇都宮	学会参加	3		
	学会発表	3		
	教育セミナー参加	3		
2024 年 第 52 回日本小児神経外科学会 富山	学会参加	3		
	学会発表	3		
	教育セミナー参加	3		
2025 年 第 53 回日本小児神経外科学会 奈良	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 (更新前 5 年間、最大 5 単位まで)	主著（筆頭、または責任著者）	3		
	共著	1		

申請単位合計

2. 更新申請に必要な書類

準備した書類に □ を入れて下さい。

<input type="checkbox"/>	申請書（様式 1）
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	日本小児神経外科学会発表履歴（様式 3）、抄録コピー
<input type="checkbox"/>	教育セミナー参加履歴（様式 4）、教育セミナー参加証
<input type="checkbox"/>	掲載論文リスト（様式 5）、刊行物の論文コピー（指定雑誌はタイトルページのみ）
<input type="checkbox"/>	資格認定更新審査料（20,000 円）振込み証明書（振込み領収書写）（様式 6）
<input type="checkbox"/>	チェックリスト（本用紙）
<input type="checkbox"/>	有効期限が記載された日本脳神経外科学会専門医認定証（写）
<input type="checkbox"/>	申請書（様式 1）とチェックリストを印刷したものをメディアに添付する