



日本小児神経外科学会認定医

### (様式 1)

# 2026 年度 認定医（新規）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			
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 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

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）



## 学会参加履歴

(新規)

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
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	*

※ 新規申請時は申請前3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\_\_\_\_\_



## 学会発表履歴

(新規)

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			

- ※ 新規申請時は申請前3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 (新規)

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
2023	Web	有・無	有・無	*
2024	Web	有・無	有・無	*
2025	Web	有・無	有・無	*

※ 新規申請時は申請前3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。

※ 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 \_\_\_\_\_



## 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	*

- ※ 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」「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】** 下記のいずれかの方法でお振込みください。  
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：シャ)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 よみ：シャ)ニホンショウニシンケイゲカガッカイ
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 \_\_\_\_\_



## 手術症例リスト

症例番号	実施施設名	手術日 (西暦年月)	年齢	申請者氏名		疾患名	術者/助手 /見学	分野 (番号)	指導認定医氏名	
				性別 ○記載	術式				認定医番号	
1		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀			
			□ 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 助手			
2		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 見学			
			□ 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 主執刀			
3		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 助手			
			□ 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 見学			
4		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀			
			□ 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 助手			
5		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 見学			
			□ 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 主執刀			
6		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 助手			
			□ 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 見学			
7		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀			
			□ 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 助手			
8		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 見学			
			□ 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 主執刀			
9		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 助手			
			□ 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 見学			
10		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 分野			
			□ 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 手術			

↑  
(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)

## ■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)	指導認定医氏名
									認定医番号
11		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学		
			<input type="checkbox"/> 5歳以下	女性					
12		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学		
			<input type="checkbox"/> 5歳以下	女性					
13		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学		
			<input type="checkbox"/> 5歳以下	女性					
14		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学		
			<input type="checkbox"/> 5歳以下	女性					
15		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学		
			<input type="checkbox"/> 5歳以下	女性					

↑  
(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。 &lt;1. 水頭症, 2. 先天性疾患, 3. 外傷, 4. その他&gt; 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 學	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

\*受付番号 \_\_\_\_\_



## 手術症例 要約

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

※記載欄のスペースは適宜増減させてご記載ください。

※手術症例要約は手術症例ごとに作成してください。

※公式手術記録のコピー（様式 7-1 の症例番号をつけ、申請者名の記載部分にマーカでハイライト、個人情報はマスキング）を添付してください。



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 \_\_\_\_\_



## 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	分野 (番号)
1		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
2		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
3		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
4		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
5		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
6		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
7		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
8		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
9		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
10		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
11		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
12		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
13		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
14		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
15		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
16		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
17		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
18		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
19		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
20		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	



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

## ■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	分野 (番号)
21		年 月 / 年 月	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
22		年 月 / 年 月	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
23		年 月 / 年 月	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
24		年 月 / 年 月	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
25		年 月 / 年 月	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	

↑ 提出する外来経過要約に、この番号を記載してください。

- 注意：
1. 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。
  2. 外来症例は、上限 5 症例です。
  3. 公式退院サマリーのコピー（申請者名が、指導医、主治医、あるいは担当医として記載されている部分にマーカでハイライト、個人情報はマスキング）を添付してください（サマリー記載者・承認者、病棟医長、診療科長としてのみ申請者名が記載されている場合は、追加資料提出を求めることができます）。
  4. 外来症例は、手術の有無に関係なく、初診時 15 歳以下で 1 年以上継続診療している症例のみ申請可能です。

## 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 (申請者名の記載部分にマーカでハイライト)
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	
	2. 先天性疾患	例	
	3. 外傷	例	
	4. その他	例	

注： 4 分野のうち、3 分野以上を含むこと。

**■入院症例：予備**

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	分野 (番号)
26		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
27		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
28		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
29		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	
30		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>	

\*受付番号 \_\_\_\_\_



## 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。
- \* 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添付してください。

## 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（学会参加 1 回以上 論文 1 編以上 計 15 単位以上）

..... 条件を満たしている（○か×）→ 

		単位	件数	小計
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		
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				<input type="checkbox"/>

## 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。

<input type="checkbox"/>	申請書（様式 1）
<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"/>	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）、刊行論文のコピー（指定雑誌はタイトルページのみ）
<input type="checkbox"/>	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）
<input type="checkbox"/>	手術症例一覧（様式 7-1）、手術症例要約（様式 7-2）
<input type="checkbox"/>	手術見学証明書（該当者のみ）（様式 8）
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	チェックリスト（本用紙）