**（様式１）**

一般社団法人日本組織移植学会 認定医認定申請書

（新規）

　臨床　・　基礎

（申請する方へ〇をする）

西暦　　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 日本組織移植学会

認定委員会　御中

一般社団法人日本組織移植学会認定医制度規則および同施行細則にもとづき、日本組織移植学会認定医として申請いたします。

　日本組織移植学会会員番号：

　フリカナ

氏名　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　：西暦　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

現住所　　　　：〒

医籍登録番号　　：　　　　　　　　　　　　　　　号

医籍登録年月日　：西暦　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

施設名　　　　　：

所属科・部門　　：

施設所在地　　　：〒

施設電話番号　　：（　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　　）

施設FAX番号　　：（　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　　）

Ｅ－ｍａｉｌ　　：（　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　）

**（様式２）**

履　　歴　　書

顔写真

（4cm×4cm）

を貼付して下さい。

フリカナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　女

現住所　〒

最終学歴

西暦　　　　　年　　　　月卒業

職　歴　（書式自由）

※　当てはまるものを○で囲んでください

専門領域（重複なし）：

臨床系　(外科、内科、皮膚科、整形外科、眼科、産婦人科、救急科、麻酔科、その他)

基礎系　(薬学、再生医学、病理、免疫、倫理、その他)

臓器別専門領域（複数可）：皮膚、心臓弁、大血管・末梢血管、骨・靱帯、膵島、気管・気管支、網膜、羊膜

取得認定医・専門医・指導医（登録番号）

**（様式３）最低でも３例**

臨床経験

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿　施設名＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　　　(施設名は申請時勤務施設)

臓器（○をつけて下さい、複数可）：

皮膚、心臓弁、大血管・末梢血管、骨・靱帯、膵島、気管・気管支、網膜、羊膜・その他

提出症例数：　　例

患者　年齢＿＿＿　　性別＿＿＿　　疾患名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

組織摘出・組織バンク業務・組織移植実施施設　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

摘出・組織バンク業務・移植日　　西暦　＿＿＿＿年　＿＿月　＿＿日

経過の概略

申請者が実際に組織移植医療に関与した

期間　　西暦　＿＿＿年　＿＿月　から＿＿＿年　＿＿月

施設名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

内容

組織移植医療に関与した施設の所属長の署名又は捺印　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**（様式４）**著者または共著者である移植に関する論文または学会抄録3編以上、又は本学会学術総会での第1著者としての学会抄録1編以上

業　　　　績

施設名：

氏　名：

Ⅰ．論文　（すべての著者・題名・雑誌名・年,号：頁始りー頁終り）

Ⅱ．学会発表（すべての著者・題名・学会名・年月日：開催地）

**（様式５）**

修練施設表および在籍証明書

　　　１）施設の名称

　　　２）所在地、電話番号

 〒

　　　３）申請者が移植に携わった部門

１.科名

２.指導者名　(申請者が指導者の場合は申請者の氏名)

　　　4）申請者の氏名・在籍期間

　　　　　氏名

　　　　　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日　～　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　以上の通り証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長　役職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名又は捺印

印

独立して医療機関を営むもので、所属長のないものは申請者の自己記載を認める。また、診療実績（様式３の全て）に記入した施設名が、複数施設の場合には、記入したすべての施設について修練施設表（様式５）を作成すること。

**（様式６）**

日本組織移植学会認定医推薦書

氏　名：

施設名：

所　属：

上記の者を　日本組織移植学会認定医に推薦いたします。

西暦　　　　年　　　月　　　日

施設名

所属

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

**（様式７－１）：**

日本組織移植学会総会・学術集会参加証明書

日本組織移植学会総会・学術集会参加記録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 開催回 | 開催年月 | 参加証番号（№） |
| １ | 第　　　 回 | 西暦 　　　　年 　　月 |  |

１）認定医を申請する者は申請時までに最低１回の日本組織移植学会総会・学術集会に参加を要する。

２）参加記録に記入するとともに、参加証のコピーを以下の所定の場所に貼付する。

**（様式７－２）：**

日本組織移植学会認定医セミナー受講証明書

日本組織移植学会認定医セミナー（ベーシックセミナー）受講記録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 開催回 | 開催年月 | 受講証№※記載あれば |
| １ | 第　　　 回 | 西暦 　　　　年 　　月 |  |

１）認定医を申請する者は申請時までに最低１回の日本組織移植学会認定医セミナー（ベーシックセミナー）に参加を要する。

２）受講記録に記入するとともに、受講証のコピーを以下の所定の場所に貼付する。

 受講証添付

**（様式８）**

|  |
| --- |
| 審査料振込み証明書添付（コピー可） |

日本組織移植学会認定医審査料振込み記録【必須】

審査料の振込金受取書または振込みご利用明細書のコピーを以下に貼付して下さい。

又、振込みの際は、振込み証明書と振込み口座通帳の照合をする都合上、必ず認定医

登録者の氏名にてお願いします。不都合がある場合は、その旨ご連絡下さい。

（インターネットを利用する場合は、振込時の金額、振込内容がわかるページを印刷し貼付して下さい）。

※銀行振込み（ATM）の場合は、残高金額等が表示される場合があります。不都合であれば黒く塗りつぶして下さい。