

専 門 医 認 定 申 請 書

□□年 □□月 □□日

(日付は西暦で英数は半角で記入してください)

私は心臓血管外科専門医認定制度規則第2章
 第4条に規定する専門医として認定を申請します。

写真貼付

4×3cm
 撮影後3ヶ月以内
 正面、脱帽、
 上半身のことを
 貼付すること

申請者氏名

漢字 印

フリガナ

ローマ字

生年月日 年 月 日

現勤務施設名

所属

同上所在地 〒 - 都道府県名

TEL FAX

申請者E-Mail

自宅住所 〒 - 都道府県名

TEL

最終学歴 大学 年 月卒業

大学院 年 月修了

医籍登録年月日 年 月 日 医籍登録番号No.

外科専門医 認定年月日 年 月 日 認定番号

心臓血管外科専門医修練期間 (外科専門医修練期間を含む)

自 年 月 日 ~ 至 年 月 日

認定修練
 基幹施設名

心臓血管外科専門医認定修練施設期間 (通算3年以上)

自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 計 年 月

会員歴 (2つ以上の学会で、それぞれ3年以上の会員歴)

下記3学会の内、3年以上の会員歴があり、かつ申請時においても会員である学会に○印をつけること

日本胸部外科学会 日本心臓血管外科学会 日本血管外科学会

専門分野 成人心臓血管外科 小児心臓血管外科 血管外科

その他 ()

修練医登録 修練医登録証 (写) を添付して下さい

履 歴 書

□□年 □□月 □□日

申請者氏名

漢字

印

フリガナ

ローマ字

生年月日

□□年 □□月 □□日

現勤務
施設名

所属

医師免許取得後からの経歴と職歴を記入すること

| | | | | |
|----|---|----|---|----------------------|
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |
| □□ | 年 | □□ | 月 | <input type="text"/> |

所属学会

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

賞罰

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

心臓血管外科に関する学術業績

申請者氏名

印

1. 論文（査読制度のある全国誌以上）：3編以上（筆頭論文1編以上を含む）
内容がわかる別刷またはコピーを添付すること（掲載証明書可）

| | 著者名 | 題名 | 誌名・出版社 | 公刊年/巻/頁 |
|---|-----|----|--------|---------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

2. 学会発表：全国規模の学術総会で筆頭で3回以上
少なくとも1回、日本胸部外科学会総会、日本心臓血管外科学会総会、日本血管外科学会総会で発表。
（2016年以降開催の日本胸部外科学会地方会又は日本血管外科学会地方会での発表1度分を0.5回分と認めるが、地方会発表に関しては2度を上限とする）
プログラムなどのコピーを必ず添付すること

| | 演題名 | 学術集会名 | 発表年月日 |
|---|-----|-------|-------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

※地方会発表は以下に記入（0.5換算） 発表時の抄録をコピーして添付のこと

| | 演題名 | 学術集会名 | 発表年月日 |
|---|-----|-------|-------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |

心臓血管外科に関する学術業績

申請者氏名

印

3. 学会参加：3回以上

(日本胸部外科学会総会、日本心臓血管外科学会総会、日本血管外科学会総会に計3回以上参加)
参加証のコピーを必ず添付すること

| | 学 術 集 会 名 | 参加年月日 |
|---|-----------|-------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

4. セミナー受講：3回以上

(日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会、日本血管外科学会主催のセミナーに計3回以上参加)
参加証・領収書のコピーを必ず添付すること

| | セ ミ ナ ー 名 | 参加年月日 |
|---|-----------|-------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

5. 医療安全講習会：2回以上 [受講証のコピーを必ず添付すること](#)

| | 医 療 安 全 講 習 会 名 | 参加年月日 |
|---|-----------------|-------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

学会参加、医療安全講習会受講、セミナー参加の証明として外科学会HP学術集会参加登録画面をプリントアウトして提出いただいても構いません。

手術記録

手術記録
番号手術記録番号は、臨床修練実績表に記載する手術名ごとに通し番号で
記載すること

申請者氏名

印

施設名

修練責任者
氏名

印

患者

歳性別：

(男・女)

手術年月日

年 月 日

入院期間

自 年 月 日 ~ 至 年 月 日

病名

手術名

術者区分

(術者・第1助手・第2助手)

転帰

生存退院

死亡

(該当するものに○をつけて下さい。)

この用紙はコピーして利用すること
手術記録原本のコピーを添付すること (病歴番号・患者名・患者の生年月日は消すこと)
手術の場合は手技欄記載必要なし

心臓血管外科専門医審査推薦状

申請者

勤務先
施設名

所属

同上住所 〒 - 都道府県名

上記の者は心臓血管外科専門医制度による心臓血管外科専門医の審査をうける知識と技量を修得していることを証明し、推薦します。

修練責任者氏名 _____ 印

自筆署名、捺印のこと

_____ 年 _____ 月 _____ 日