

日本てんかん学会
てんかん専門医各位

拝啓 時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、このたびはてんかん専門医更新申請につきましてお知らせ申し上げます。第2回、第7回、第12回および第17回てんかん専門医の方は、てんかん専門医更新申請書を**受付期間 2020年3月1日から2020年5月31日(締め切り厳守・消印有効)まで**にお送りください。更新手続きの延期を希望なさる方、**更新をなさらない方はその旨お知らせください(更新申請書9頁目をお使いください)**。更新手続きの延期は認められない場合もありますのでご了承ください。正当な理由がない場合には更新手続きの猶予期間は最長2年です。ご不明な点は事務局までお問い合わせください。 敬具

ご参考 てんかん専門医制度に関する規則

第9条：更新の条件は、第3条の(1)と(2)項を満たし、且つ、次の(1)と(2)と(3)項の全てを満たす必要がある。
 (1) 最近の5年間に、本学会学術集會に2回以上の出席があること。⇒**免除されませ**

(2) 最近の5年間に、研修単位を30単位以上有すること。⇒**免除されませ**

(3) 過去5年間に経験した症例5例の症例詳細を提出する。(新患でなくてよい)

2020年9月30日以前に65歳になられる方は、資格審査(1)、(2)は免除されませ。 (第8条)

てんかん専門医更新書類は日本てんかん学会ホームページからダウンロードいただけます。

ダウンロードいただくファイルは、日本てんかん学会のホームページ ⇒ 専門医について ⇒ 専門医更新について ⇒ **てんかん専門医更新申請書(65歳以上)** です。

<http://square.umin.ac.jp/jes/senmon/senmon-siken/senmon-re-shinsei.html>

提出いただく書類

1. **てんかん専門医更新申請書** 2部
2. **てんかん専門医【更新】症例要約 5例** 2部
3. 「郵便振替払込票兼受領証」をコピーして貼り付けた台紙 原本のみ

送付先およびお問い合わせ先

〒187-0031 東京都小平市小川東町4-6-15 日本てんかん学会事務局

TEL・FAX：042-345-2522 E-MAIL：jes-oas@umin.ac.jp

申請期限 2020年5月31日(締め切り厳守・消印有効)まで

受取通知はいたしませんので、到着は各社HPの追跡番号などで照会してください。

| | | | | |
|------|---|-------|---|---|
| 受付番号 | 番 | 専門医番号 | 第 | 号 |
|------|---|-------|---|---|

これは審査事務のためですので、記入しないで下さい

てんかん専門医更新申請書

日本てんかん学会理事長 殿

申請者氏名 _____ 印

てんかん専門医の資格更新を申請します。

西暦 _____ 2020 年 _____ 月 _____ 日

| | |
|---------------|---------------------------------|
| ふりがな 氏名 | 西暦 生年月日 年 月 日 |
| てんかん専門医番号 第 号 | |
| 診療施設 | 診療科 |
| 施設住所〒 | 申請者連絡先 TEL |
| 申請者連絡先 | Email を使っていない場合は FAX 番号をご記入ください |
| Email | |

てんかん専門医【更新】症例要約

専門医氏名 _____

| 1 | 診療施設名 | カルテ番号 | 患者名 (イニシヤル) | 性 | 生年月日(西暦) | 記入時年齢 |
|---|----------------|-------|----------------|---|----------|-------|
| 診断 | 1. 2. 3. | | | | | |
| 症例：(発症、原因に関わる家族歴、既往歴、診察所見、発作症状と発作型、脳波・画像その他の検査所見、てんかん症候群分類、治療、転帰などを記す。) | | | | | | |

過去5年間に経験した症例5例を提出してください。1症例は1枚に収めてください

てんかん専門医【更新】症例要約

専門医氏名 _____

| 2 | 診療施設名 | カルテ番号 | 患者名 (イニシ ヤル) | 性 | 生年月日(西暦) | 記入時年齢 |
|---|----------------|-------|--------------------|---|----------|-------|
| 診断 | 1. 2. 3. | | | | | |
| 症例：(発症、原因に関わる家族歴、既往歴、診察所見、発作症状と発作型、脳波・画像その他の検査所見、てんかん症候群分類、治療、転帰などを記す。) | | | | | | |

過去5年間に経験した症例5例を提出してください。1症例は1枚に収めてください

てんかん専門医【更新】症例要約

専門医氏名 _____

| 3 | 診療施設名 | カルテ番号 | 患者名 (イニシ ヤル) | 性 | 生年月日(西暦) | 記入時年齢 |
|---|----------------|-------|--------------------|---|----------|-------|
| 診断 | 1. 2. 3. | | | | | |
| 症例：(発症、原因に関わる家族歴、既往歴、診察所見、発作症状と発作型、脳波・画像その他の検査所見、てんかん症候群分類、治療、転帰などを記す。) | | | | | | |

過去5年間に経験した症例5例を提出してください。1症例は1枚に収めてください

てんかん専門医【更新】症例要約

専門医氏名 _____

| 4 | 診療施設名 | カルテ番号 | 患者名 (イニシヤル) | 性 | 生年月日(西暦) | 記入時年齢 |
|---|-------|-------|----------------|---|----------|-------|
| 診断 1. 2. 3. | | | | | | |
| 症例：(発症、原因に関わる家族歴、既往歴、診察所見、発作症状と発作型、脳波・画像その他の検査所見、てんかん症候群分類、治療、転帰などを記す。) | | | | | | |

過去5年間に経験した症例5例を提出してください。1症例は1枚に収めてください

てんかん専門医【更新】症例要約

専門医氏名 _____

| 5 | 診療施設名 | カルテ番号 | 患者名 (イニシ ヤル) | 性 | 生年月日(西暦) | 記入時年齢 |
|---|----------------|-------|--------------------|---|----------|-------|
| 診断 | 1. 2. 3. | | | | | |
| 症例：(発症、原因に関わる家族歴、既往歴、診察所見、発作症状と発作型、脳波・画像その他の検査所見、てんかん症候群分類、治療、転帰などを記す。) | | | | | | |

過去5年間に経験した症例5例を提出してください。1症例は1枚に収めてください

てんかん専門医委員会
委員長 小林勝弘殿

てんかん専門医氏名

このたびのてんかん専門医資格更新の申請につきまして
2020年10月以降のてんかん専門医資格を更新しません。

以上

2020年 月 日

認定料払込票兼受領証添付用紙

ここに貼付

『郵便振替払込票兼受領証』または『振込受領証』など振込みが完了していることがわかるものをコピーしてここに貼り付けてください

【振込先】

銀行名：ゆうちょ銀行

支店名：〇一九（ぜろいちきゅう）支店

口座番号：当座 0080455

口座名義：ニホンテンカンガツカイジムキョク

振込金額：20,000円

申請者氏名 _____