

## 日本造血・免疫細胞療法学会

## 認定医 認定申請書

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

日本造血・免疫細胞療法学会

認定・専門医制度委員会 御中

私は造血細胞移植に関する内科または小児科の診療実績があり、日本造血・免疫細胞療法学会が定める認定医の条件を満たす経験と学識技術を習得しています。認定期間中に移植臨床にたずさわる予定です。認定医制度規則および同細則にもとづき、日本造血・免疫細胞療法学会認定医資格を申請いたします。

## 認定医申請の条件

- 日本血液学会専門医資格または日本小児血液・がん専門医資格を有すること。
- 申請時において3年以上継続して本学会の会員で会費を完納していること。
- 日本造血・免疫細胞療法学会学術総会（日本造血細胞移植学会学術総会を含む）に3回以上参加していること。
- 教育セミナーで10単位以上取得していること。
- 非血縁者間骨髄・末梢血幹細胞移植認定施設において、通算1年以上造血細胞移植に関する内科または小児科研修における診療実績があること。
- 骨髄採取実績が3例以上あること。
- 同種造血細胞移植の診療実績が5例以上あること。
- 和文または英文の筆頭著者（あるいは second, last, corresponding author）論文（原則として造血細胞移植の臨床に関する論文。もしくは、造血細胞移植あるいは免疫細胞療法に関連する論文）1つ以上があること。造血細胞移植あるいは免疫細胞療法に関する学会発表3回以上（筆頭演者1回以上を含む）があること。

会員番号 : \_\_\_\_\_

フリガナ : \_\_\_\_\_

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

日本血液学会認定血液専門医資格 : なし あり (番号 : \_\_\_\_\_)

日本小児血液・がん専門医資格 : なし あり (番号 : \_\_\_\_\_)

2021年～2023年の年会費を完納 : はい いいえ \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

認定医審査料・登録料振込先 :

金融機関名 : りそな銀行 名古屋駅前支店 (店番 : 721)

口座番号 : (普通預金) : 1904920 口座名義 : 一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会

シャ) ニホンゾウケツメンエキサイボウリョウホウガツカイ

## 提出書類のチェックリスト

氏名 ( )

| 必 要 書 類  | チェック欄 |
|--|-------|
| 認定医認定申請書 (様式 N5)   |       |
| 履歴書 (様式 6)   |       |
| 医師免許証 (コピー) A4 サイズに縮小コピーしてください。  |       |
| 日本血液学会血液専門医資格または小児血液・がん専門医資格の証明書 (コピー)<br>認定期間をご確認の上、認定期間内の証明書をご提出ください。          |       |
| 総会参加証明書 (コピー) または証明記録 (コピー可) (様式 7)  |       |
| 教育セミナー参加証 (コピー可) (様式 10)   |       |
| 非血縁者間骨髄・末梢血幹細胞移植認定施設の在籍証明書 (様式 2)<br>(1年以上在籍の証明ができれば、1施設分のみの提出で可)                |       |
| 骨髄採取に関する証明書 (様式 3)   |       |
| 診療記録 (様式 11-X)   |       |
| TRUMP2 認定医申請書式 5 例分 (必要な場合、担当医証明書 (様式 11-Y) を添付)                                 |       |
| 病歴要約 (様式 11-Z) 5 例分  |       |
| 学術業績一覧 (様式 12)<br>論文タイトルページ、発表抄録のコピー等も要提出 ((様式 12) 参照)                           |       |
| 医療倫理の遵守、医療安全の向上に関する同意書 (様式 8)  |       |
| 認定医審査料 (20,000 円) の振込受領書 (コピー) 送金証明記録 (様式 9)<br>※払込受領証 (原本) は、受領書として保管をお願いいたします。 |       |

注1) 記名、チェックの上、この用紙 (チェックリスト) もご提出ください。

注2) 提出される申請用紙はすべて A4 サイズに統一してください。

申請書類送付先

-----切り取り線-----

〒451-0042

名古屋市西区那古野 2 丁目 23-21-7d 号

一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会

認定医制度事務局 御中

(認定医申請書類在中)