

日本血栓止血学会 認定医制度

## 認定医申請書

※ 申請番号 : \_\_\_\_\_

※は記入しないで下さい

日本血栓止血学会 御中

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

フリガナ

申請者氏名 : \_\_\_\_\_ 印

会員番号 : \_\_\_\_\_

生年月日 : (西暦) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生

性別 : 男 ・ 女 (○を付けて下さい)

医師免許証 取得年月日 : S ・ H ・ 西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月

学会入会年月日 : S ・ H ・ 西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (会員歴\_\_\_\_\_年\*)

\*本会の会員歴が3年以上であること

日本専門医機構基本領域を形成する学会の資格

名称 : \_\_\_\_\_

## 業績目録

\*申請者は業績として以下に定める規定のうち、**50単位以上**を取得していること

- 1) 過去5年間の日本血栓止血学会（以下、本会）学術集会およびSSCシンポジウムの出席（各々10単位）
- 2) 同上における発表（筆頭演者10単位、共同演者2単位）
- 3) 同上における司会または座長（5単位）
- 4) 査読のある血栓止血領域の論文発表（筆頭著者10単位、共著者5単位）
- 5) 本会主催の教育セミナー講師 10単位、受講修了者 20単位

（セミナー受講は原則全参加受講修了にて20単位とするが、止むを得ず部分参加した場合は、下記の教育講演の領域に準じて1領域の受講で3単位として計算する）

6) 本会学術集会およびSSCシンポジウム開催時の教育講演講師 1領域につき10単位、聴講 1領域につき5単位  
5領域とは、1. 止血機能検査、2. 血小板、3. 凝固・線溶系出血疾患、4. 凝固・線溶系血栓性疾患、5. DIC/TMA とする。  
（定められた教育講演5領域中3領域以上を必須項目とする）

- 7) 日本医学会総会出席（5単位）

### ①出席

		出席会名	開催年月(西暦)	単位
1	第 回	学術集会・SSC	_____年__月	
2	第 回	学術集会・SSC	_____年__月	
3	第 回	学術集会・SSC	_____年__月	
4	第 回	学術集会・SSC	_____年__月	
5	第 回	学術集会・SSC	_____年__月	
6	第 回	学術集会・SSC	_____年__月	
7	第 回	学術集会・SSC	_____年__月	
8	第 回	学術集会・SSC	_____年__月	
9	第 回	学術集会・SSC	_____年__月	
10	第 回	学術集会・SSC	_____年__月	

### ②学会発表

		出席会名	開催年月	セッション名	演者区分	単位
1	第__回	学術集会・SSC	_____年__月		筆頭・共同	
2	第__回	学術集会・SSC	_____年__月		筆頭・共同	
3	第__回	学術集会・SSC	_____年__月		筆頭・共同	
4	第__回	学術集会・SSC	_____年__月		筆頭・共同	
5	第__回	学術集会・SSC	_____年__月		筆頭・共同	
6	第__回	学術集会・SSC	_____年__月		筆頭・共同	

③司会・座長

		出席会名	開催年月	セッション名	単位
1	第__回	学術集会・SSC	____年__月		
2	第__回	学術集会・SSC	____年__月		
3	第__回	学術集会・SSC	____年__月		
4	第__回	学術集会・SSC	____年__月		
5	第__回	学術集会・SSC	____年__月		
6	第__回	学術集会・SSC	____年__月		

④論文

	誌名	巻号	タイトル	著者区分	単位
1		第____巻____号 (____年、____頁)		筆頭・共著	
2		第____巻____号 (____年、____頁)		筆頭・共著	
3		第____巻____号 (____年、____頁)		筆頭・共著	
4		第____巻____号 (____年、____頁)		筆頭・共著	
5		第____巻____号 (____年、____頁)		筆頭・共著	

⑤教育セミナー

	開催年月	講師/受講修了 区分	単位
1	____年__月	講師・受講修了	
2	____年__月	講師・受講修了	
3	____年__月	講師・受講修了	
4	____年__月	講師・受講修了	
5	____年__月	講師・受講修了	

⑥教育講演

		出席会名	開催年月	領域	講師/聴講	単位
1	第__回	学術集会・SSC	____年__月	1. 止血機能検査、2. 血小板、3. 凝固系出血疾患、4. 血栓性疾患、5. DIC/TMA	講師・聴講	
2	第__回	学術集会・SSC	____年__月	1. 2. 3. 4. 5.	講師・聴講	
3	第__回	学術集会・SSC	____年__月	1. 2. 3. 4. 5.	講師・聴講	
4	第__回	学術集会・SSC	____年__月	1. 2. 3. 4. 5.	講師・聴講	
5	第__回	学術集会・SSC	____年__月	1. 2. 3. 4. 5.	講師・聴講	
6	第__回	学術集会・SSC	____年__月	1. 2. 3. 4. 5.	講師・聴講	

⑦日本医学会総会出席

		出席会名	開催年月(西暦)	単位
1	第__回		____年__月	
2	第__回		____年__月	
3	第__回		____年__月	
4	第__回		____年__月	
5	第__回		____年__月	
6	第__回		____年__月	
7	第__回		____年__月	
8	第__回		____年__月	
9	第__回		____年__月	
10	第__回		____年__月	

業績計： \_\_\_\_\_ 単位

## 活動証明書

日本血栓止血学会 御中

申請者氏名：\_\_\_\_\_

申請者は、所属施設内において組織的、系統的に血栓止血異常症の診療

1)コンサルテーション業務、2)検査、抗凝固療法のモニタリング、3)出血性疾患の診療、4)動静脈血栓症の診療、5)外科・集中治療・救急・産科領域の血栓止血異常症の診療などに従事していることを証明します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 証明者

所属施設または診療部門：\_\_\_\_\_

役職：（ 施設長 ・ 所属長 ・ その他：\_\_\_\_\_ ）

\*○または具体的に記載して下さい。

氏名：\_\_\_\_\_ 印

申請者本人がそれらの役職の場合は、証明者の氏名欄の後ろに「本人」と記載すること。