

これはサンプルです。この書式では申請できません。

日本臨床腫瘍学会 専門医 認定 申請書

提出書類リスト

履歴書
プロフィール
研究活動歴
研究業績目録
受持患者一覧表
受持患者病歴要約 ファイルアップロード
研修修了証明書
添付 医師免許証（写）
添付 基本学会認定医・専門医認定書（写）
添付 研究業績目録を証明するもの（写）
添付 受持患者報告書一式

| | |
|--------|--------------------|
| 受験番号 | 1234 |
| 会員番号 | 00-0123 |
| 申請者氏名 | 臨床 太郎 |
| 所属施設 | JSMO総合病院 |
| E-mail | example@jsmo.or.jp |

これはサンプルです。この書式では申請できません。

履歴書

専門医 認定 申請書

| | | | | |
|---------------------|-----|--------|----|------|
| ふりがな | | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | | | |
| 自宅 | 住所 | | | |
| | 電話 | | | |
| 所属施設 | 法人格 | | | |
| | 名称 | | | |
| | 部署 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 電話 | | | |
| | FAX | | | |
| 学歴 | | | | 卒業 |
| 医籍登録日 | | 医籍登録番号 | | |
| 基本学会認定医・ 専門医認定番号 | | | | |
| | | 認定番号 | | |
| 専門分野 | | | | |
| JSMO入会日 | | 会員歴 | | 年 |

これはサンプルです。この書式では申請できません。

臨床腫瘍医としてのプロフィール

専門医 認定 申請書

自由記載

研究歴・職歴（診療歴）は研究活動歴に記載してください

SAMPLE

これはサンプルです。この書式では申請できません。

がん治療に関する研究活動歴

専門医 認定 申請書

| 年月～年月（西暦） | 職歴 / がん治療の研究活動・診療歴 |
|----------------------|-----------------------------|
| ～ | |
| ～ | 初期研修修了後の研究活動歴・診療歴を登録してください |
| ～ | ご所属先・部署名と、所属年月が分かるようにしてください |
| ～ | |
| ～ | |
| ～ | |
| ～ | |
| ～ | |
| ～ | |
| ～ | |
| ～ | |
| ～ | |
| ～ | |
| がん治療に関する研究活動・診療歴の総年数 | 年 |

記載例

| 年月～年月（西暦） | 職歴 / がん治療の研究活動・診療歴 |
|-------------------|--------------------|
| 20xx年x月 ～ 20xx年x月 | 〇〇大学附属病院 腫瘍内科 |
| 20xx年x月 ～ 20xx年x月 | △△がんセンター ○△科 |
| 20xx年x月 ～ 20xx年x月 | JSMO総合病院 薬物療法科 |

↑
時系列で記載

これはサンプルです。この書式では申請できません。

研究業績目録

専門医 認定 申請書

1.

2.

このページには、当学会における発表，論文業績を登録してください
詳細は「申請書登録の手引き」をご参照ください

SAMPLE

これはサンプルです。この書式では申請できません。

受持患者一覧表

専門医 認定 申請書

| | | | | | | |
|-------------|---|-------------|----|--|-----|--|
| 病歴提出 No. | 病院名 | | | | 臓器名 | |
| | 年齢 | | 性別 | | 転帰 | |
| | 診療期間 | ~ | | | | |
| | 受持患者一覧表は、受持患者病歴要約とともに 2部コピーし、それぞれダブルクリップで綴じて | | | | | |
| 病歴提出 No. | 病院名 | 計3部提出してください | | | 臓器名 | |
| | 年齢 | | 性別 | | 転帰 | |
| | 診療期間 | ~ | | | | |
| | | | | | | |
| 病歴提出 No. | 病院名 | | | | 臓器名 | |
| | 年齢 | | 性別 | | 転帰 | |
| | 診療期間 | ~ | | | | |
| | | | | | | |
| 病歴提出 No. | 病院名 | | | | 臓器名 | |
| | 年齢 | | 性別 | | 転帰 | |
| | 診療期間 | ~ | | | | |
| | | | | | | |
| 病歴提出 No. | 病院名 | | | | 臓器名 | |
| | 年齢 | | 性別 | | 転帰 | |
| | 診療期間 | ~ | | | | |
| | | | | | | |
| 病歴提出 No. | 病院名 | | | | 臓器名 | |
| | 年齢 | | 性別 | | 転帰 | |
| | 診療期間 | ~ | | | | |
| | | | | | | |

これはサンプルです。この書式では申請できません。

研修修了証明書

専門医 認定 申請書

このページは、申請書確定前でも本紙として利用できます
提出時は証明済の1部をご提出ください

申請者 _____ は、西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日から
西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日までの ____ 年間、本施設（認定研
修施設）において、日本臨床腫瘍学会の研修カリキュラムに従い、
がんの薬物療法を主とした臨床腫瘍学の臨床研修を行ったことを証
明します。

西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日

施設名： _____

（暫定）指導医： _____

↑ 研修を修了した認定研修施設に現在所属している
有資格者（がん薬物療法専門医・指導医・暫定指導医）
ならば、どなたの署名・捺印でも結構です。