

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   | 9999               |
| 会員番号   | XX-1234            |
| 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・<br>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。

## 研究業績目録

## 専門医 認定 申請書

- 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<br>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計3部提出してください。 |   |    |  |     |  |
| 病歴提出<br>No. | 病院名   |   |    |  | 臓器名 |  |
|             | 年齢  |   | 性別 |  | 転帰  |  |
|             | 診療期間  | ～ |    |  |     |  |
|             |   |   |    |  |     |  |
| 病歴提出<br>No. | 病院名   |   |    |  | 臓器名 |  |
|             | 年齢  |   | 性別 |  | 転帰  |  |
|             | 診療期間  | ～ |    |  |     |  |
|             |   |   |    |  |     |  |
| 病歴提出<br>No. | 病院名   |   |    |  | 臓器名 |  |
|             | 年齢  |   | 性別 |  | 転帰  |  |
|             | 診療期間  | ～ |    |  |     |  |
|             |   |   |    |  |     |  |
| 病歴提出<br>No. | 病院名   |   |    |  | 臓器名 |  |
|             | 年齢  |   | 性別 |  | 転帰  |  |
|             | 診療期間  | ～ |    |  |     |  |
|             |   |   |    |  |     |  |
| 病歴提出<br>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。

提出時は署名済の書類をご提出ください。

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: \_\_\_\_\_

指導医: \_\_\_\_\_

印

↑ ※ 申請者による自署不可

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（認定期間中のがん薬物  
療法専門医・指導医）ならば、どなたの署名・捺印でも結構です。