

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 認定研修施設申請書

申請施設情報

2026/6/5

申請区分	新規申請		
	● 更新申請 認定日:2006/04/01 認定番号:01-00002		
申請施設種別	○ 基幹施設 ● 連携施設 ○ 特別連携施設		
フリガナ	ジャスモイリョウセンター		
施設名	(法人格: ) JSMO医療センター		
施設住所	〒105-0013 東京都港区浜松町2-1-15芝パークビル6F		
電話	03-8655-0111	FAX	03-8655-0112
施設長名	臨床 太郎		公印

公印もれにご注意ください。

申請責任者

日本臨床腫瘍学会認定資格	
資格認定番号	
フリガナ	テスト テスト
会員氏名(登録者氏名)	テスト テスト
会員番号	10-0001
所属部署	JSMO医療センター
連絡先メールアドレス	aa@jsmo.or.jp
連絡先電話番号(申請時会員不在の場合のみ)	00-0000-0000

1医療機関について1申請書の提出をお願いいたします。

受付日	2026/6/5	受付番号	0146
-----	----------	------	------

## 診療施設概要書

### 1. 病院の種類

大学附属病院      がん専門病院（全がん協加盟施設）      総合病院  
その他      具体的に記載してください。

SampleText

- |                     |  |        |         |              |
|---------------------|--|--------|---------|--------------|
| 2. 総病床数             |  |        |         | 200床         |
| 3. 外来患者数            |  |        |         | 500人/日       |
| 4. 総常勤医数            |  |        |         | 50名          |
| 5. 診療科数             |  |        |         | 20科          |
| 6. 院内放射線治療装置        |  |        | 有       | 無            |
| 7. 放射治療医            |  | 在籍(常勤) | 在籍(非常勤) | 不在           |
| 8. がん放射線治療数         |  |        |         | 10人/日(のべ患者数) |
| 9. がん関連緊急事態に対応できる体制 |  |        | 有       | 無            |

9-1 現状について具体的に記載してください(必ず記載)

SampleText

### 10. 緩和医療体制

- |                                    |  |  |   |      |
|------------------------------------|--|--|---|------|
| 10-1 緩和ケア診療加算の基準を満たすもの             |  |  | 有 | 無    |
| 10-2 緩和ケア病棟                        |  |  | 有 | 無    |
| 10-3 緩和ケアチーム等によるコンサルテーション数         |  |  |   | 2人/月 |
| 10-4 緩和ケア研修会の修了証を受領した医師数           |  |  |   | 5人   |
| 10-5 現状または今後の予定を具体的に記載してください(必ず記載) |  |  |   |      |

SampleText

- |             |  |  |   |   |
|-------------|--|--|---|---|
| 11. 剖検の実施体制 |  |  | 有 | 無 |
|-------------|--|--|---|---|

## 悪性腫瘍診療体制報告書

1. 悪性腫瘍患者の一日あたり平均入院数(過去1年間の平均)

20人未満      20人以上      50人以上      100人以上

2. 年間がん薬物療法数(過去1年間の実患者数)(外来・入院を含む)

50人未満      50人以上      100人以上

3. 外来化学療法室(外来化学療法加算の基準を満たすもの)

有      無

4. 院内がん登録制度

有      無

実施予定あり(2027年4月開始予定)

5. 本学会有資格 常勤在籍者

14-0484 テスト テスコ

09-0723 テスト テスト

6. 倫理審査体制

6-1 施設IRB

有      無

6-2 頻度

1 / 年(施設IRB有の場合)

6-3 施設IRBに出席する治験審査委員の人数・所属・専門・性別を具体的に記載してください  
(必ず記載)

SampleText

7. 日本病理学会認定病理専門医

在籍(常勤)

在籍(非常勤)

不在

8. がん薬物療法担当薬剤師

在籍(常勤)

在籍(非常勤)

不在

8-1. 上記不在の場合、抗がん薬の混合調剤に精通した薬剤師

在籍

不在

9. 日本看護協会がん化学療法看護認定看護師  
・がん看護専門看護師

在籍(常勤)

在籍(非常勤)

不在

9-1. 上記不在の場合、がん看護に精通した看護師

在籍

不在

## 臨床腫瘍学臨床研修体制報告書

1. がん薬物療法の臨床研修が可能ながん種

- |   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 造血器腫瘍 | <input checked="" type="checkbox"/> 消化管がん | <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵がん |
| <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸器がん | <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん   | <input type="checkbox"/> 婦人科がん   |
| <input type="checkbox"/> 泌尿器がん            | <input type="checkbox"/> 頭頸部がん            | <input type="checkbox"/> 脳腫瘍     |
| <input type="checkbox"/> 皮膚がん             | <input type="checkbox"/> 骨・軟部腫瘍           | <input type="checkbox"/> 小児がん    |
| <input type="checkbox"/> その他              |   |                                  |

( )

2. がん薬物療法の臨床研修に協力病院がある場合には、研修協力を受けるがん種を記載してください。

協力病院名( )

がん種名：

指導医 名：

---

協力病院名( )

がん種名：

指導医 名：

---

協力病院名( )

がん種名：

指導医 名：

---

これはサンプルです。この書式では申請できません

## 臨床腫瘍研修実施証明書

日本臨床腫瘍学会所定の研修カリキュラムに従い臨床研修を実施していることを証明します。

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

診療施設名 \_\_\_\_\_

施設長氏名 \_\_\_\_\_ 公印

公印もれにご注意ください。

研修責任者(指導医・専門医)  
\_\_\_\_\_ 印

これはサンプルです。この書式では申請できません

## 指導医在籍証明書

日本臨床腫瘍学会 指導医

氏名 \_\_\_\_\_ (会員番号: \_\_\_\_\_) は

当診療施設に常勤医として在籍し  
がん薬物療法に従事していることを証明します。

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

診療施設名 \_\_\_\_\_

施設長氏名 \_\_\_\_\_ 公印

公印もれにご注意ください。

これはサンプルです。この書式では申請できません

## 専門医在籍証明書

日本臨床腫瘍学会認定専門医

氏名 \_\_\_\_\_ (会員番号: \_\_\_\_\_) は

当診療施設に常勤医として在籍し  
がん薬物療法に従事していることを証明します。

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

診療施設名 \_\_\_\_\_

施設長氏名 \_\_\_\_\_

公印

公印もれにご注意ください。

これはサンプルです。この書式では申請できません

## 日本病理学会認定病理専門医在籍証明書

私は（常勤医・非常勤医）として、\_\_\_\_\_病院  
における病理学的な診断を担当し、常に臨床医との情報の交換が可能な状態にあることを証  
明します。

(カッコ内は該当する方を 印で囲んでください)

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

病理医の所属施設名 \_\_\_\_\_

日本病理学会認定病理専門医

氏名 \_\_\_\_\_

印