

# ① 小児血液・がん専門医 認定申請書

写真添付  
3.5×3.0cm  
6カ月以内に、  
正面・脱帽で撮影  
されたもので  
裏面に氏名を記  
入すること。

日本小児血液・がん学会 理事長 殿

私は小児血液・がん専門医の認定を受けたく、必要書類を添えて申請します。  
なお、本件に関する全ての連絡は日本小児血液・がん学会への登録情報を基に行われることを了承します。

西暦 2019年 5月 1日

フリガナ	姓	名	性別	生年月日
申請者氏名	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	西暦 1982年 1月 1日
医籍登録番号	第 11111111111 号		医籍登録年月日	西暦 2002年 3月 3日
小児血液・がん学会 会員番号	730-222-222		学会入会日	西暦 2007年 4月 1日
現住所(自宅)	〒112-0012 東京都文京区大塚 5-3-13			
電 話	03-5981-6011	F A X	03-5981-6012	
E-mail	jspho@asas-mail.jp			
勤務先名	〇〇病院			
所属	小児科			
職名	副部長			
住所(勤務先)	〒112-0012 東京都文京区大塚 5-3-13			
電 話	03-5981-6011	F A X	03-5981-6012	
E-mail	jspho@asas-mail.jp			

## ②小児科専門医・がん治療認定医・血液専門医 申告書

西暦 2019年 5月 1日

申請者氏名           〇〇 〇〇           (署名) この欄では自署をお願いします

以下の小児科専門医は必須		
日本小児科学会 小児科専門医		
登録番号 第 33333333 号	専門医認定期間 自 2009年 5月 1日 ~ 2020年 4月 1日	
以下のがん治療認定医・血液専門医はいずれか一つ以上必要		
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医		
番号 第                   号	交付年月日 _____年__月__日	有効期限 _____年__月__日
日本血液学会 血液専門医		
認定番号 第 44444444 号	認定期間 自 2015年 4月 1日	至 2020年 3月 31日

## ③履歴書

西暦 2019年 5月 1日

学歴、勤務施設および職名を記載すること。ただし卒後初期研修修了後5年以上の小児血液および小児がんを含む小児科臨床に従事したことを示す内容であること。  
 専門医研修施設についてはその旨を明示すること。

申請者氏名                     ○○ ○○                    

### 学 歴

年 月	学 歴 (大 学 以 上)
2007年3月	○○大学医部卒業
2014年3月	△△大学大学院卒業

### 職 歴・勤務施設（専門医研修施設の場合にはその旨を記載してください）

西暦 年 月 から	西暦 年 月 まで	勤務施設および職名
2007年3月	2012年3月	△△病院（専門医研修施設） 小児科医師
2012年3月	2015年4月	○○病院 小児科医師
2015年4月	2019年4月	△△病院（専門医研修施設） 小児科医師

## ④専門医研修修了証明書

西暦 2019年 5月 1日

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ○○ ○○

指導責任者として下記を証明する。

1. 上記の者は日本小児血液・がん学会の専門医研修施設である当施設に所属し、定められた研修プログラムを下記の期間研修し修了（見込み）すること。
2. 提出する症例一覧と症例要約は、下記研修期間内に当研修施設で申請者自らが診療チームの一員として治療にあたった症例であること。

指導責任者署名 \_\_\_\_\_ ○○ ○○ 印

研修期間	西暦 2014年 4月 1日～ 2019年 4月 30日
研修施設	○○病院小児科

※研修施設が複数の時はそれぞれの施設での証明書を提出すること

※※「指導責任者」とは、専門医研修施設が作成した研修プログラムに記載されている者である。

## ⑤研修実績記録

西暦 2019年 5月 1日

細則第6条に定める本学会が指定する学会、セミナーに出席し、これらの合計研修単位が 100 単位以上 であること。

申請者氏名           ○○ ○○          

研修集会名	回数	単位数
日本小児血液・がん学会学術集会（2回以上必須） （1回10単位）	5	50
日本小児血液・がん学会主催教育セミナー （1回5～10単位）	1	10
日本小児血液・がん学会学術集会教育セッション （1回5単位）	2	10
日本血液学会学術集会	1	10
日本小児外科学会学術集会	2	20
その他の研修集会	0	0
合計単位数		100

研修実績記録 参加証等貼付票 申請者氏名 ○○ ○○

西暦 年 月 日	研修集会名、 参加証等貼付	単位数
2016年11月26日	第○回日本小児血液・がん学会学術集会	10 単位
小計		100 単位

研修実績記録の研修記録用紙に参加証の写しを貼り付けて下さい。  
不足する場合は必要枚数コピーして作成し提出して下さい。

## ⑥ 学術業績リスト 学会発表

西暦 2019年 5月 1日

申請者氏名           ○○ ○○          

直近の5年間(2014年4月1日から2019年3月31日)に細則第6条に示す本学会が指定する学会やセミナーでの共同演者を含む発表を3件以上報告すること。

発表は小児血液・小児がんに関する学会発表に限る。

筆頭演者としての発表を1件以上含まなければならない。

筆頭演者発表には誌上発表は含まない。予備2件まで追加記載可とする。

1. 筆頭演者名 演題名 学会名 開催年月	○○ ○○ □□ □□ 第○回日本小児血液・がん学会学術集会 20XX年XX月XX日～XX月XX日
2. 筆頭演者名 演題名 学会名 開催年月	○○ ○○ □□ □□ 第○回日本小児血液・がん学会学術集会 20XX年XX月XX日～XX月XX日
3. 筆頭演者名 演題名 学会名 開催年月	○○ ○○ □□ □□ 第○回日本小児血液・がん学会学術集会 20XX年XX月XX日～XX月XX日
4. 筆頭演者名 演題名 学会名 開催年月	
5. 筆頭演者名 演題名 学会名 開催年月	

<抄録(演題名、演者、所属、学会名、開催年月日を含む)の写しを添付のこと。  
 学会名や開催年月は手書きで可。抄録の写しには本人の氏名に下線を引くこと。>

## ⑦学術業績リスト 論文

西暦 2019年 5月 1日

申請者氏名           ○○ ○○          

論文は、peer review system のある学術雑誌に掲載された論文が **3件以上**あること。  
論文は、直近の5年間（2014年4月1日から2019年3月31日）の血液学・小児腫瘍学に関連した論文（症例報告を含む）に限る。

**筆頭著者としての原著論文を1件以上含まなければならない。**

学会抄録は論文には含まない。予備として5件まで記載可とする。

1. 筆頭著者名 論文名 学術雑誌名 巻・頁・発行年	○○ ○○ □□ □□ 日本小児血液・がん学会雑誌 (第X巻・X頁・2016年)
2. 筆頭著者名 論文名 学術雑誌名 巻・頁・発行年	△△ △△ □□ □□ 日本小児血液・がん学会雑誌 (第X巻・X頁・2014年)
3. 筆頭著者名 論文名 学術雑誌名 巻・頁・発行年	×× ×× □□ □□ 日本小児血液・がん学会雑誌 (第X巻・X頁・2013年)
4. 筆頭著者名 論文名 学術雑誌名 巻・頁・発行年	
5. 筆頭著者名 論文名 学術雑誌名 巻・頁・発行年	

<論文表紙（表題、著者、所属、要約を含む）の写しを添付のこと>



## ⑧臨床経験記録

西暦 2019年 5月 1日

診療チームの一員として診断・治療を行った症例のうち重複しない30例の症例一覧を記入すること。診療チームの一員とは、診断や治療の方針決定に参加し、治療中に治療指示や病状説明を行った者をいう。予備として5例まで追加記載可とする。

申請者氏名 ○○ ○○ (署名) この欄では自署をお願いします

疾患分野	症例番号	施設名	受け持ち期間	診断名	施設症例ID	年齢	指導医 自筆署名
造血器腫瘍	1	△△病院	2013年4月 ～ 2014年8月	急性リンパ性 白血病	0001	0歳	
造血器腫瘍	2	△△病院	2014年5月 ～ 2015年8月	急性リンパ性 白血病	0002	1歳	
造血器腫瘍	3	△△病院	2015年4月 ～ 2016年8月	急性リンパ性 白血病	0003	2歳	
造血器腫瘍	4	△△病院	2016年4月 ～ 2016年8月	急性骨髄性白血 病	0004	3歳	
造血器腫瘍	5	△△病院	2016年4月 ～ 2016年8月	急性混合型白血 病	0005	4歳	
造血器腫瘍	6	△△病院	2014年10月 ～ 2015年1月	未分化型白血病	0006	5歳	
造血器腫瘍	7	△△病院	2013年4月 ～ 2014年8月	NK細胞白血病	0007	6歳	
造血器腫瘍	8	△△病院	2015年6月 ～ 2015年10月	Juvenile Myelomonocytic Leukemia	0008	7歳	
造血器腫瘍	9	△△病院	2015年1月 ～ 2015年8月	Refractory Cytopenia with Multilineage Dysplasia	0009	8歳	
造血器腫瘍	10	△△病院	2014年4月 ～ 2014年8月	ダウン症児の一 過性骨髄異常増 殖症	0010	9歳	

臨床経験症例一覧表には、指定された疾患分野ごとに必要症例を記入下さい。26～30には指定された以外の必要症例を記入してください。予備の症例は症例番号30以降に記入して下さい。

申請者氏名

この欄では自署をお願いします

疾患分野	症例番号	施設名	受け持ち期間	診断名	施設症例 I D	年齢	指導医 自筆署名
固形腫瘍	11	△△病院	2016年4月～ 2016年8月	神経芽腫	0011	0歳	
固形腫瘍	12	△△病院	2013年4月～ 2013年8月	神経芽腫	0012	1歳	
固形腫瘍	13	△△病院	2013年10月～ 2014年8月	神経芽腫	0013	2歳	
固形腫瘍	14	△△病院	2015年4月～ 2015年8月	Wilms 腫瘍	0014	3歳	
固形腫瘍	15	△△病院	2014年4月～ 2014年8月	胚芽腫	0015	4歳	
固形腫瘍	16	△△病院	2015年4月～ 2015年8月	骨肉腫	0016	5歳	
固形腫瘍	17	△△病院	2013年4月～ 2014年8月	Ewing 肉腫/未 熟神経外胚葉 性腫瘍	0017	6歳	
固形腫瘍	18	△△病院	2016年8月～ 2016年10月	横紋筋肉腫	0018	7歳	
固形腫瘍	19	△△病院	2015年1月～ 2015年4月	成熟型奇形腫	0019	8歳	
固形腫瘍	20	△△病院	2013年4月～ 2013年8月	卵黄囊腫瘍	0020	9歳	
非腫瘍性 血液疾患	21	△△病院	2014年5月～ 2015年8月	血友病 A	0021	0歳	
非腫瘍性 血液疾患	22	△△病院	2014年4月～ 2015年1月	血友病 A	0022	1歳	
非腫瘍性 血液疾患	23	△△病院	2015年1月～ 2016年2月	血友病 A	0023	2歳	
非腫瘍性 血液疾患	24	△△病院	2016年4月～ 2016年8月	先天性再生不 良性贫血	0024	3歳	

申請者氏名

この欄では自署をお願いします

疾患分野	症例番号	施設名	受け持ち期間	診断名	施設症例 I D	年齢	指導医 自筆署名
	25	〇〇病院	2014年4月～ 2014年8月	急性骨髄性白血 血病	0025	0歳	
	26	〇〇病院	2015年4月～ 2015年8月	Burkitt lymphoma	0026	1歳	
	27	〇〇病院	2014年6月～ 2014年11月	Diffuse large B cell lymphoma	0027	2歳	
	28	〇〇病院	2016年4月～ 2016年8月	ホジキンリン パ腫	0028	3歳	
	29	〇〇病院	2014年4月～ 2014年8月	ランゲルハン ス細胞組織球 症	0029	4歳	
	30	〇〇病院	2016年1月～ 2016年5月	ヘパリン誘発 性血小板減少 症	0030	5歳	
	予備 1	〇〇病院	2014年8月～ 2015年2月	慢性良性好中 球減少症	0032	6歳	
	予備 2	〇〇病院	2015年5月～ 2016年8月	突発性血小板 減少性紫斑病	0033	7歳	
	予備 3						
	予備 4						
	予備 5						

## ⑨個別症例票

症例番号		疾患分野		<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 外来
申請者氏名			患者ID		
受け持ち期間	西暦	年	月	日～	年 月 日
受け持ち 患者年齢			患者性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
家族歴					
既往歴					
診断名					
症例要約					

必要枚数をコピーして使用してください。「個別症例票の記載について」を参照してください。