様式１：　　　　　　　日本小児血液・がん学会 評議員申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：２０　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 希望領域 | ［　］小児科領域、［　］小児外科領域、［　］放射線領域、［　］脳神経外科領域、［　］整形外科領域［　］病理領域、［　］上記以外の臨床系領域、［　］基礎領域、［　］看護・医療職・支援領域 |
| 氏　　 　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　（フリガナ；　　　　　　　　　　）　印　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生 年 月 日 | （西暦）　　　　　年　 　　月　　　　日　　（　　　歳） |
| 所 属 施 設 |  |
| 診療科・部署 |  |
| 職名・職種 |  |
| 施 設 住 所 |  |
| 電 話 番 号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| e-mail |  |
| 卒 業 大 学 |  | 学部 |  | 卒業年 | （西暦）　　　年 |
| 略　　　歴 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 学会会員歴 | (西暦)　　　　　　年入会　　(会員番号　　　　　)[ ]日本小児血液学会、[ ]日本小児がん学会、[ ]日本小児血液・がん学会 |
| 専門医または認定医 | [ ] 日本小児血液・がん学会専門医　　　　　　　 　　（登録番号　　　　） |
| [ ] 日本小児血液・がん学会認定外科医　　　　　 　　（登録番号　　　　） |
| [ ] 日本小児科学会専門医　　　　　　　　　　　　　（登録番号　　　　） |
| [ ] 日本血液学会専門医　　　　　　　　　　　　　　（登録番号　　　　） |
| [　] 日本小児外科学会指導医　　　　　　　　　　　　 (登録番号　　　　) |
| [ ] 日本小児外科学会専門医　　　　　　　　　　　　（登録番号　　　　） |
| [ ] がん治療認定医　　　　　　　　　　　　　　　　（登録番号　　　　） |
| [ ] 日本医学放射線診断専門医、または放射線治療専門医（登録番号　　　　） |
| [ ] 日本病理学会専門医　　　　　　　　　　　　　　（登録番号　　　　） |
| [ ] 脳神経外科専門医　　　　　　　　　　　　　　　 （登録番号　　　　） |
| [ ] 整形外科専門医　　　　　　　　　　　　　　　　 (登録番号　　　　) |
| [ ] その他の専門医など（　　　　　　　　　　　　　）（登録番号　　　　） |
| 業　　績（申請資格を確認できるもの） | 論　　文 | 英文（　 　）編、和文（　 　）編　（点数　　点）(①) |
| 学会発表（②） | 合計　　　　　　回（内容は業績一覧２に記載） |
| 小児がん切除手術経験数（③） | 合計　　　　　　例（内容は業績一覧３に記載） |

|  |  |
| --- | --- |
| 本学会並びに小児血液・がん領域での活動歴 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

①：論文業績は小児血液・がん領域に関するものが対象。申請資格を満たすことが確認できる業績一覧を別紙１に記入して提出する。論文の点数評価は申請要項の注３を参照して算出する。

②：本学会、日本小児血液学会、日本小児がん学会の学術集会での発表が対象。2回以上で、うち1回は筆頭演者とする。

③：小児がん切除手術経験は生検や良性疾患を除外しないが、その適格性については審査委員会が判定する。

別紙：業績一覧

　　　　申請者氏名：

１．論文（合計　　点）；論文タイトルページ（要旨を含む）のコピー１部を添付

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 著者（全員）：申請者にアンダーライン | 題　　　名 | 雑誌名 | 年、巻、頁 | 点数注１ |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

２．学会発表；抄録集の該当ページ（コピー）１部を添付

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 著者（全員）：申請者にアンダーライン | 題　　　名 | 雑誌名 | 年、巻、頁 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

３．小児がん切除手術経験症例（小児外科領域で③の条件を資格要件とする申請者のみ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 疾患名、患者年齢 | 手術名・術式 | 手術日 | コメントなど |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |