

職 務 経 歴 書

(西暦)	職	歴	施設長署名	認定病院の資格
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無




※全ての申請に共通する書類となります。申請の際にはコピーを提出し、原本はお手元に保管しておいて下さい。
 ※各施設における施設長の署名と公印の捺印が必要となります。（ご自身が施設長の場合は、自署の上、公印を捺印して下さい。）

会員番号： _____
 氏 名： _____

訂正がある際は、病院の公印を捺印下さい。 職務経歴書

ゴム印でも可能です

院長名と病院の公印をお願い致します。

(西暦)	職	歴	施設長署名	認定病院の資格
××××年 ×月 ××日～	年 月 日	病院	院長 	○有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日	医療法人 病院	院長 	○有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日	キメックセンター	センター長 ×××× 	○有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無

麻酔以外の科に在職されている場合もご記入下さい。(職務経歴書のみ)
数力所に渡って職務のある方(非常勤)も必ず証明をお取り下さい。

※全ての申請に共通する書類となります。申請の際にはコピーを提出し、原本はお手元に保管しておいて下さい。
※各施設における施設長の署名と公印の捺印が必要となります。(ご自身が施設長の場合は、自署の上、公印を捺印して下さい。)

会員番号: 1 2 3 4 5

氏名: 麻酔太郎

ブランクの期間(出産、育児等)につきましては、ご自身で補足書類(別紙)をご提出下さい。また留学されている場合は在学証明書、研究要旨をご提出下さい。

必ずご記入下さい。

麻 醉 経 歴 書

(西暦)	麻 醉 科 関 連 業 務 歴	責 任 者 (指 導 医 / 専 門 医) 署 名	認 定 病 院 の 資 格
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無

※全ての申請に共通する書類となります。申請の際にはコピーを提出し、原本はお手元に保管しておいて下さい。
 ※各施設における麻酔科責任者の署名と捺印が必要となります。（ご自身が麻酔科責任者の場合は、施設長の署名と捺印が必要です。）

会員番号： _____
 氏 名： _____

()年度 臨床実績報告書(年 月 日～ 年 月 日)

	勤務状況 (日/週)	分類/手術部位別		担当症例数	指導症例数
		分類	手術部位別		
麻酔	/週	分類	全身麻酔(吸入)	例	例
			全身麻酔(TIVA)	例	例
			全身麻酔(吸入)+硬・脊・伝麻	例	例
			全身麻酔(TIVA)+硬・脊・伝麻	例	例
			脊麻+硬膜外麻酔(CSEA)	例	例
			硬膜外麻酔	例	例
			脊髄くも膜下麻酔	例	例
			伝達麻酔	例	例
			その他	例	例
		手術部位別	開頭	例	例
			開胸	例	例
			心臓・大血管	例	例
			開胸+開腹	例	例
			開腹(除:帝王切開)	例	例
			帝王切開	例	例
			頭頸部・咽喉頭	例	例
			胸壁・腹壁・会陰	例	例
			脊椎	例	例
			四肢(含:末梢血管)	例	例
			その他	例	例
			ペイン クリニック	/週	分類
帯状疱疹ならびに帯状疱疹後神経痛	例	例			
複合性局所疼痛症候群(CRPS)	例	例			
求心路遮断性疼痛	例	例			
三叉神経痛	例	例			
頭痛・顔面痛(神経因性疼痛を除く)	例	例			
耳鼻科・眼科疾患(顔面神経麻痺など)	例	例			
筋骨格系疼痛(頸肩四肢痛・腰下肢痛)	例	例			
末梢血行障害・多汗症	例	例			
癌性疼痛	例	例			
その他	例	例			
治療法	星状神経節ブロック	例			例
	三叉神経ブロック	例			例
	硬膜外ブロック	例			例
	くも膜下ブロック	例			例
	胸・腰部交感神経節ブロック	例			例
	胸腔鏡下胸部交感神経遮断術	例			例
	内臓神経ブロック(腹腔神経叢、上下腹神経叢)	例			例
	神経根・末梢神経ブロック	例			例
	その他のブロック	例			例
	脊髄硬膜外通電法	例			例
薬物療法	例	例			

*集中治療部・救急部については裏面に記入して下さい。

*年度の途中で異動された場合(非常勤施設がある場合)は、本用紙をダウンロードして各施設での臨床実績報告書を全てご提出下さい。

【勤務先・住所】

【氏 名】

麻酔科責任者(自署)

*上記記載に誤りがないことを証明します。

(西暦)

年 月 日

()年度 臨床実績報告書(年 月 日～ 年 月 日)

	勤務状況 (日/週)	分類/手術部位別		担当症例数	指導症例数
集中治療	/週	術後	心臓外科	例	例
			大血管外科	例	例
			消化器外科	例	例
			脳神経外科	例	例
			外傷	例	例
			その他	例	例
		内科的管理	心不全	例	例
			呼吸不全	例	例
			敗血症	例	例
			その他	例	例
		特殊な治療法	人工呼吸	例	例
			血液浄化療法	例	例
			補助循環	例	例
			その他	例	例
				例	例
				例	例
				例	例
				例	例
				例	例
	例		例		
救急	/週	分類	心停止	例	例
			ショック	例	例
			心筋梗塞	例	例
			呼吸不全	例	例
			脳外傷	例	例
			多発外傷	例	例
			その他	例	例
		治療法	心肺蘇生 (ACLS)	例	例
			補助循環	例	例
			気管挿管 / 人工呼吸	例	例
			開胸	例	例
			その他	例	例
				例	例
				例	例
				例	例

* 年度の途中で異動された場合(非常勤施設がある場合)は、各施設での臨床実績報告書を全てご提出下さい。
【勤務先・住所】

【氏 名】

麻酔科責任者 (自署)

* 上記記載に誤りがないことを証明します。

(西暦)

年 月 日