

公益社団法人日本麻酔科学会
麻酔科専門医再認定申請書 [基準2]

【受験番号 _____】

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日現在

写真貼付 (4.5cm × 3.5cm)	ふりがな				印
	氏名				
	会員番号		性別 (○で囲む)	男 ・ 女	
	生年月日	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日	生	旧姓	
ふりがな					
現住所	〒 _____				
電話	() _____ - _____	E-mail :			
FAX	() _____ - _____				
勤務先	病院 センター				部 科
ふりがな					
勤務先住所	〒 _____				
勤務先電話	() _____ - _____	勤務先 FAX	() _____ - _____		
認定医番号		専門医資格 喪失年月日	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日		
受験科目 (○で囲む)	口頭試験		実技試験		
口頭試験 (再認定)	(西暦) _____ 年	合格	第 _____ 回		
実技試験 (再認定)	(西暦) _____ 年	合格	第 _____ 回		

【事務局記入欄】

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： _____

麻酔科専門医実績目録（再認定用[基準2]）

1. 学術集会等への参加

番号	回	学術集会名	会期（西暦年月日～日）	開催地（都市）	会長名（所属）	単位
1 - (1)						
1 - (2)						
1 - (3)						
1 - (4)						
1 - (5)						
1 - (6)						
1 - (7)						
1 - (8)						
①小計（資格喪失後から申請時までの経過年数（小数点切捨）×10単位以上）						

*学術集会等への参加による実績には、日本麻酔科学会主催学術集会への参加による実績に限ります。
 *実績目録には実績証明書のコピーを添付して下さい。（原本はお手元に保管しておいて下さい。）

会員番号： _____
 氏 名： _____

麻酔科専門医実績目録（再認定用[基準2]）

2. リフレッシャーコース

番号	回	学術集会名	会期（西暦年月日～日）	開催地（都市）	会長名（所属）	単位
1 - (1)						
1 - (2)						
1 - (3)						
1 - (4)						
1 - (5)						
1 - (6)						
1 - (7)						
1 - (8)						
②小計（3講義以上）						

*学術集会等への参加による実績には、日本麻酔科学会主催学術集会への参加による実績に限ります。

*実績目録には実績証明書のコピーを添付して下さい。（受講予定の場合は、受講後に受講証明書のコピーを提出して下さい。）

会員番号： _____

氏 名： _____