

受験番号：
(記入不要)

救急科専門医申請書
兼 会 員 歴 証 明 書

日本救急医学会 御中
日本救急医学会指導医・専門医制度による、救急科専門医の認定を申請いたします。

		記入日 (西暦)	年	月	日
フリガナ		会員番号			
申請者氏名 (署名)	印	入会年 (西暦)	年入会		
勤務先	施設名				
	科・部名				
	職名				
	〒				
	TEL : FAX :				
自宅住所	〒				
	TEL :				
E-mail	※救急科専門医に認定された場合、更新時期などの重要なお知らせにも使用するため、それに適したメールアドレスの登録をお願いします				

勤務先・自宅住所・Email については会員データとして登録いたします。

<p>【事務所記入欄】(以下は記入しないでください)</p> <p>日本救急医学会会員歴証明書</p> <p>上記の会員は、 申請時において、継続して 3 年以上本学会の会員であることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>一般社団法人 日本救急医学会</p>

履歴書

顔写真

5 × 4 cm

最近3ヶ月以内に撮影した
写真を貼付すること

氏 名：_____

生 年 月 日：(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

卒 業 学 校 名：_____大学 _____年 _____月 卒業

医 籍 登 録 番 号：_____ 医 籍 登 録 年 月 日：_____ 年 _____ 月 _____ 日

職 歴：勤務施設は、科・部名、職名まで記入のこと
勤務施設が救急科専門医指定施設の場合は、認定番号を[]内に記入すること
記入欄不足の場合は、本書式をコピーすること

後期臨床研修以降から現在に至るまでの職歴をすべて下記に記載
休職・留学・救急勤務歴以外の勤務等についても記載し期間にブランクが生じないようにすること
プログラム研修期間中については、診療実績審査の際に申請したい症例を経験した施設があれば、短期勤務やアルバイトについてもすべて記載すること

勤務期間（西暦）	勤務施設、科・部名、職名	専門医指定 施設認定番号	指 定 施 設 での救急 専 従 歴	非指定施設 での救急 専 従 歴	救急 兼任歴
年 月 日～ 年 月 日		[]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月 日～ 年 月 日		[]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月 日～ 年 月 日		[]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月 日～ 年 月 日		[]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月 日～ 年 月 日		[]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月 日～ 年 月 日		[]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月 日～ 年 月 日		[]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月 日～ 年 月 日		[]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
	現在に至る	合計	ヶ月	ヶ月	ヶ月

※専従とは 1)救急部門に所属すること。
2)救急部門の診療に従事すること。
※職員就業規則等において正規職員に定められた勤務時間を救急部門での業務に従事すること
3)専従歴の最小単位は連続して3か月以上とし、専従歴に加算することができる。
卒後初期臨床研修に関しては、専従歴の最小単位は連続して1か月以上とし、最大3か月まで専従歴に加算することができる。(ただし、事前登録者については、卒後初期臨床研修中の専従歴の申請はできないので記載不要)
なお、専任歴については、一括して兼任歴として扱う。

他学会の認定医、専門医、指導医等を取得している場合は、その名称・登録番号・取得年月日を下記に記入のこと

名称	登録番号	取得年月日
		年 月 日
		年 月 日

救急勤務歴証明書

救急科専門医育成プログラム修了証明書

氏名

生年月日（西暦） 年 月 日

研修期間（研修開始日～修了日）： 年 月 日～ 年 月 日

プログラム番号：

施設名：

上記の救急科専門医育成プログラムを修了したこと（もしくは修了見込みであること）を証明します

年 月 日

プログラム責任者 署名： _____ ㊞

プログラム責任者の救急科専門医番号： _____

新規申請提出書類チェックリスト

氏名_____

* 必ず確認をし、確認欄に✓印を記入していくこと。

書式	チェック項目	確認
書式第 1 号	氏名は直筆で記入していますか？ 捺印はありますか？	
書式第 2 号	プログラム研修期間（研修開始日～終了日）内に診療実績審査の際に申請したい症例を経験した施設があれば、短期勤務やアルバイトについてもすべて記載してありますか	
	専門医指定施設認定番号は記入していますか？（指定されている場合のみ）	
	現在の勤務先については、勤務期間が本年 3 月末までとなっていますか？	
書式第 5 号	プログラム責任者欄は、当時ではなく、現在その施設に勤務している者となっていますか？	
	プログラム責任者の直筆署名と捺印はありますか？	
	診療実績審査の際に記載できるのは、書式第 5 号に記入された研修期間（研修開始日～終了日） <u>内での経験症例のみ</u> です。書式 2 号（履歴書）に記載があれば、その期間内の短期勤務やアルバイトでの経験症例も記載できます。ただし、その症例を経験した施設での指導者（申請時にその施設に常勤する救急科専門医（不在の場合は認証資格者））の証明が必要となり、指導者不在の施設での経験症例を記載することはできません。 また、プログラム期間外の診療実績を使いたい等の事情により、通常の新規申請者として申請することも選択できます。事前登録者としての申請でよいかどうか再度ご確認ください。	
その他	申請手数料（11,000 円）の入金証明（ATM 利用明細、送金画面などのコピー）はありますか？	
	医師免許証のコピーはありますか？	