

日本人工関節学会認定医申請書

年 月 日

日本人工関節学会理事長 殿

私は、日本人工関節学会認定医にお認めいただきたく、必要書類ならびに申請料を添えて申請いたします。

ローマ字氏名	男 ・ 女		
氏名 ⑩	年	月	日生(西暦)
勤務先または開業名称	学歴		
	年	大学卒業	
	学位取得(任意)		
	年	大学取得	
同上住所 (〒 —)			
電話:() — FAX:() —			
自宅住所 (〒 —)			
電話 () —			
メールアドレス(必須)			
日本整形外科学会入会年月日 年 月 日(西暦)			日本整形外科学会会員 ID
整形外科専門医取得年月日 年 月 日(西暦)			整形外科専門医番号
日本人工関節学会入会年月日 年 月 日(西暦)			日本人工関節学会会員番号 703 - -
備考			

- 記入注意 1) 記入は黒インキまたはボールペン
2) 楷書
3) *は記入不要

*	*	*	*
---	---	---	---

日本人工関節学会認定医資格取得・継続のための申請症例総表

申請者名 _____

(現在の所属病院 _____)

手術術式分類	症例数 (人工関節登録制度登録または JOANR 症例を登録すること)
人工膝関節全置換術	例
人工膝関節単顆型置換術	例
人工膝関節再置換術	例
人工股関節全置換術	例
人工股関節再置換術	例

1. 申請対象は人工股関節全置換術 (THA), 人工膝関節全置換術 (TKA), 人工膝関節単顆置換術 (UKA) のいずれかとし, 1 関節を 1 症例と数える. 同じ症例に 2 関節以上の THA, TKA, UKA を行った場合は, 関節ごとに 1 症例として申請できる.
2. 申請症例は, 人工関節登録制度または JOANR に登録した症例のみとする. 登録フォーム 1 のコピーまたは UMIN または JOANR の症例一覧から 1 症例ごとプリントアウトして添付すること.
3. 執刀もしくは指導した症例とし, 介助として手術参加した症例は含めない.
4. 執刀医と指導医が異なる場合, とともにその症例を申請対象とすることができる.
5. 申請者と執刀医もしくは指導医のイニシャルが異なる場合, その症例は申請対象とすることができない.
6. 申請症例は初回手術, 再置換手術を問わない. ただし感染などで抜去のみ行った手術は含めない.
7. 手術術式にかかわらず, 合計 50 例を申請する.

*	*	*	*
---	---	---	---

日本人工関節学会認定医 研修・業績集計表

申請者名 _____

(現在の所属病院 _____)

項目		取得単位	必須単位
研修	学会参加 (6 単位/回)	単位	12 単位以上
	学会指定講演の聴講 (5 単位/回)	単位	10 単位以上
	学会指定教育研修セミナー (5 単位/回)	単位	
業績	学会発表 (筆頭演者) (5 単位/回)	単位	
	学会発表 (共同演者) (2 単位/回)	単位	
	論文投稿 (筆頭著者) (5 単位/回)	単位	
	論文投稿 (共著者) (2 単位/回)	単位	
	総合計	単位	

1. 申請時より 5 年以内の業績をまとめてください。
2. 申請には合計 30 単位以上が必要です。
3. 学会とは日本人工関節学会を指します。
4. 学会発表は、抄録集の表紙および抄録本文のコピーを添付してください。
5. 論文は、人工股関節全置換術 (THA), 人工膝関節全置換術 (TKA), 人工膝関節単顆置換術 (UKA) に関する peer-review 誌 (英・和文とも可, ただし日本人工関節学会誌を除く) に掲載されたものとし, 学会発表と同じ内容のものを除きます。別刷ないしコピーを添付してください。

*	*	*	*
---	---	---	---

学会参加登録証および指定講演の聴講証明書添付欄

以下に参加章（コピー可）や証明書，論文別刷などを貼付・添付してください。

応募書類確認書

提出書類にチェック(☑)してください

チェック欄が未記載の場合は書類審査時に書類不備とみなされ再提出対象となります

- (様式1) 認定医申請書
- 日本整形外科学会専門医認定証 (写)
- (様式2) 認定医資格取得・継続のための申請症例総表
- 症例登録記録 50 症例 (写)

※1 症例ごとにプリントアウトする必要があります。

- (様式3) 認定医 研修・業績集計表
- (様式4) 学会参加登録証および指定講演の聴講証明書添付欄
- 学会発表：抄録集表紙と抄録本文 (写)
- 論文発表：別刷もしくはコピー
- 学会参加：参加章もしくはコピー
- 申請料 25,000 円の払込受領書のコピー

(本応募書類確認書に添付すること)

**日本人工関節学会認定医制度の認定医を取得致したく、以上の書類を漏れなく提出致します。
また、これら書類の記述、内容には一切偽りはありません。**

年 月 日

勤 務 先 ()

申請者氏名 _____ 印