

日本区域麻酔学会認定医審査（暫定）に関する公告

下記のごとく2017年の日本区域麻酔学会認定医審査（暫定）（別紙参照）を実施いたしますので、受審をご希望の皆様はご用意いただきますとともに、関係各位にご周知のほどよろしくお願いいたします。

申請方法

日本区域麻酔学会認定医審査（暫定）を受審したい方は、申請期間内に必要書類を下記送付先へ郵送してください。

申請期間

2017年7月1日から9月30日（必着）

審査料

10,000円

認定に必要な要件

申請時において以下の要件を満たしていること

- ① 公益社団法人日本麻酔科学会が認定する麻酔科専門医であること
- ② 3年以上継続して日本区域麻酔学会の会員であること
- ③ 日本区域麻酔学会学術集会に3回以上参加していること
- ④ 日本区域麻酔学会学術集会において発表者（共同演者も含む）としての発表歴があること
- ⑤ 日本区域麻酔学会が認定したハンズオンワークショップへの参加歴（受講者、インストラクタ、コーディネータなど）が1回以上あること

必要書類

- ① 日本区域麻酔学会認定医審査（暫定）申請書
 - ② 公益社団法人日本麻酔科学会が認定する麻酔科専門医認定証のコピー
 - ③ 日本区域麻酔学会学術集会参加証のコピー
 - ④ 日本区域麻酔学会学術集会における発表歴を証明する書類（学術集会抄録集のコピーなど）
 - ⑤ 日本区域麻酔学会認定ハンズオンワークショップへの参加歴を証明する書類のコピー
- 審査の結果は 2018 年 1 月 31 日までにホームページ上で公開あるいは各申請者に郵送します。
 - 審査に合格した場合、認定証を交付します。
 - 審査に合格した場合、2018 年 4 月 1 日から 2023 年 3 月 31 日まで認定医としての資格が与えられます。
 - 日本区域麻酔学会認定医審査（暫定）は 2017 年と 2018 年のみ申請を受け付けます。2019 年より正式の日本区域麻酔学会認定医審査が開始します。

申請書送付先ならびに問い合わせ先

日本区域麻酔学会事務局

認定医審査小委員会

〒783-8505

高知県南国市岡豊町小蓮

高知大学医学部麻酔科学・集中治療医学講座内

Tel : 088-880-2471

Fax : 088-880-2475

日本区域麻酔学会認定医審査（暫定）申請書

(ふりがな)	
氏名	
生年月日（年齢）	年 月 日生 （ 歳）
住所	
電話番号	
メールアドレス	
勤務先	
勤務先住所	
勤務先電話番号	
医籍登録年月日	
医籍登録番号	
日本区域麻酔学会会員番号	
麻酔科専門医取得年月日	
麻酔科専門医番号	

履歴

学歴・職歴	
年 月	学歴（大学入学以降）
	職歴
年 月	

日本区域麻酔学会学術集会参加履歴

第一回 岡山	参加あり <input type="checkbox"/>	参加なし <input type="checkbox"/>
第二回 高崎	参加あり <input type="checkbox"/>	参加なし <input type="checkbox"/>
第三回 弘前	参加あり <input type="checkbox"/>	参加なし <input type="checkbox"/>
第四回 名古屋	参加あり <input type="checkbox"/>	参加なし <input type="checkbox"/>

日本区域麻酔学会学術集会発表履歴

演者・演題名・学会名・発表年月日・学会開催地

日本区域麻酔学会認定ハンズオン参加履歴

ハンズオン名称・開催年月日・開催地・会長あるいは主催者・参加形態（受講者・インストラクタ・コーディネータ・その他）
