

結核・抗酸菌症 認定医 新規申請書

会員番号：_____（封筒に記載あり）

申請者氏名：_____ 印

フリガナ _____

ヘボン式ローマ字 _____

勤務先名（所属施設，部，科）：

連絡先住所（勤務先・自宅）：どちらか○で囲んで下さい

〒 _____

E-mail：

TEL： _____ FAX： _____

医師免許取得日：_____年 _____月 _____日（医師免許証のコピーを添付）

所定単位合計：_____点（単位取得証明書）

申請料（10,000円）振込日：_____年 _____月 _____日（振込受領書のコピーを添付）
（郵便局・銀行）どちらか○で囲んで下さい

結核・抗酸菌症 指導医 新規申請書

認定医番号： _____

会員番号： _____

(封筒に記載あり)

入会日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名： _____ 印

フリガナ _____

ヘボン式ローマ字 _____

勤務先名 (所属施設, 部, 科) :

連絡先住所 (勤務先・自宅) : どちらか○で囲んで下さい

〒 _____

E-mail:

TEL : _____ - _____ FAX : _____ - _____

所定単位合計 : _____ 点 (単位取得証明書)

申請料 (10,000円) 振込日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (振込受領書のコピーを添付)

(郵便局・銀行) どちらか○で囲んで下さい

単位取得証明書

(参加証のコピーを裏面に貼付のこと)

(1) 過去5年間以内の結核・抗酸菌症生涯教育セミナー出席 (30点)

生涯教育セミナー名	開催	点数
	第 回総会	

(2) 過去5年間に開催された、本学会の主催する学術集会 (総会) 出席 (20点)

(3) 過去5年間に開催された、本学会の主催する学術集会 (支部学会) 出席 (5点)

(4) ①過去5年間以内の、日本呼吸器学会、日本感染症学会等の学術集会時の本学会共同企画 (20点)

(4) ②その他

学術集会, 指定の講習会名	開催日	点数

(5) 結核予防会医学科コース受講歴 (過去5年間以内)・結核対策指導者育成コース

講習会名	開催日	点数

合計 _____ 点

結核・抗酸菌症に関する論文または学会発表

「結核」誌に、結核・抗酸菌症に関する論文（原著・総説・症例報告等）、または日本結核病学会（総会・支部学会）における発表をあわせて3篇（題）（うち1篇（題）は筆頭著者（または演者））。

論文であれば論文表題、著者名、掲載誌名の記載されている頁のコピー、学会発表であれば学術プログラムの表紙と抄録のコピーを添付すること。

論文

1)

2)

3)

学会発表

1)

2)

3)

※ 論文と学会発表の合計が3篇（題）あればよい。論文のみ、発表のみでも可。

論文は学会誌「結核」掲載のみを対象とする。

発表は日本結核病学会が他学会と合同開催している地方会の演題も可。

ただし結核・抗酸菌症に関するものに限る。

結核・抗酸菌症診療実績証明書

所属施設名

申請者氏名

上記のものは、結核・抗酸菌症診療に従事しており、別紙日本結核病学会指導医申請用症例申告用紙のとおり10症例以上の診療実績があることを証明する。

所属施設名

所属施設長名と公印

公印

※指導医応募資格5)の②または③を申請するものは提出不要。

②は「ICD認定証のコピー」及び「結核院内感染対策従事証明書」を、③は「3年以上の保健所勤務歴を証明できる書類」を添付のこと。

別紙 日本結核病学会指導医申請用 症例申告用紙

申請者氏名

症例番号	年齢	1 肺結核 (病型) 2 肺外結核 (部位) 3 非結核性抗酸菌症 (菌種) 番号および () に記入する。 潜在性結核感染症は含まない。 組み合わせ例数は任意。	診療年 またがる場合は○～○年と記載。 ○年と記載。	1 入院 2 外来のみ 3 入院+外来 番号を記入。	治療内容 (抗結核薬・抗菌薬は略号可) 例 4HREZ+2HR	症例の特徴 (診断, 耐性菌, 副作用, DOTSの工夫, 合併症, など)とその対応について 1項目でもよい。要点を簡潔に記載する。個人を特定し得る情報は除くこと。
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

*結核性胸膜炎, 粟粒結核, 肺門・縦隔リンパ節結核は「肺外結核」に分類してください。

結核院内感染対策従事証明書

所属施設名 _____

申請者氏名 _____

上記のものは、認定ICDとして当院における結核院内感染対策に従事していることを証明する。

所属施設名 _____

所属施設長名と公印 _____

公印

※「ICD認定証のコピー」を添付のこと。
指導医応募資格5)の①または③を申請するものは提出不要。