

2018年3月

## 会 告

## 2018年 結核・抗酸菌症 認定医/指導医 資格更新手続きのお知らせ

一般社団法人日本結核病学会  
認定制度審議委員会

2014年3月1日に結核・抗酸菌症 認定医/指導医の資格取得者は、2018年9月30日までに更新手続きをお願いします。

1. 受付期間：2018年5月1日～9月30日（消印有効）
1. 対象者：認定医番号：141001～141999  
指導医番号：142001～142999（指導医は認定医更新の手続きは不要）
1. 更新単位：認定医（50点）、指導医（80点）（2014年3月1日以降の単位が有効）
1. 必須条件：日本結核病学会生涯教育セミナーまたは日本呼吸器学会、日本感染症学会学術講演会時の本学会との共同企画（結核講習会）を1回以上受講していること

## 【お問合せ先】

一般社団法人日本結核病学会 事務局

TEL：03-6721-9983 FAX：03-6721-9986

E-mail: nintei@kekkaku.gr.jp

日本結核病学会 **結核・抗酸菌症 認定医/指導医** 資格更新手続き

◇更新受付期間：2018年5月1日～2018年9月30日（消印有効）

◇更新の対象者：（認定の期間）2014年3月1日～2019年3月31日

認定医番号：141001～141999

指導医番号：142001～142999（指導医は認定医更新の手続きは不要）

◇提出書類

- 1) 「認定医更新申請書」「指導医更新申請書」（本人印を捺印）
- 2) 「単位取得証明書」（2014年3月1日以降の単位が有効）
  - ・更新単位数：認定医50点，指導医80点
  - ・必須条件：対象項目（1）または（4）①，いずれかの出席が含まれること
- 3) 更新料（20,000円）振込受領書のコピーを添付（本人名義でお振込み下さい）
  - ・郵便振替：00180-0-608172 一般社団法人日本結核病学会
  - ・銀行口座：三井住友銀行 小石川支店 普通 3704607 日本結核病学会認定制度  
「ニホンケツカクビヨウガツカイ」（すべて大文字）

◇送付先

〒108-0074 東京都港区高輪4-11-24-A101  
 日本結核病学会 認定制度審議委員会 宛  
 TEL 03-6721-9983

特定記録やレターパックなど記録の残る方法で送られますようお願いいたします。  
 また、申請書類は返却致しませんのでご了承願います。

単位取得の対象となる項目	単位数
(1) 結核・抗酸菌症生涯教育セミナー 出席者	30
(2) 本学会の主催する学術講演会 出席者	20
(3) 本学会の主催する支部学会 出席者 北海道支部結核談話会，中国四国支部研究会 出席者	5
(4) 審議会が指定する結核・抗酸菌症に関連したプログラム（結核講習会） ①日本呼吸器学会，日本感染症学会等の学術講演会時の本学会との共同企画	20
②その他の単位数は審議会で決定する	
(5) 本学会の主催する学術講演会，支部学会での発表演題の演者	5
(6) 本学会の主催する学術講演会，支部学会での発表演題の共同発表者	2
(7) 「結核」誌掲載論文の筆頭著者	10
(8) 「結核」誌掲載論文の共著者	5
(9) 「結核」誌査読1論文	5
(10) 結核予防会 指導者養成研修コース（15日間）	80
結核予防会 医師・臨床コース（3日間）	40
結核予防会 結核対策総合コース（10日間）	50
結核予防会 医師対策コース（5日間）	40
(11) 結核予防技術者地区別講習会（2日間）・全国7ブロック出席者	10
(12) 結核対策指導者養成研修修了者による全国会議（2日間）出席者	5

結核・抗酸菌症 認定医 更新申請書

認定医番号： \_\_\_\_\_

会員番号： \_\_\_\_\_ (学会誌宛名ラベルに記載あり)

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 : \_\_\_\_\_

更新単位合計 : \_\_\_\_\_ 点 (単位取得証明書を添付)

更新料 (20,000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 更新申請書

指導医番号： \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

更新単位合計 : \_\_\_\_\_ 点 (単位取得証明書を添付)

更新料 (20,000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) 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	学術講演会	点数
	第 回	

(2) 本学会の主催する学術講演会 出席：20点

(3) 本学会の主催する支部学会 出席：5点

(4) ①日本呼吸器学会，日本感染症学会学術講演会時の本学会共同企画（結核講習会等）：20点

(4) ②, (5), (6)

学術講演会，指定の講習会名	開催日	点数

(7), (8), (9)

「結核」論文（コピーを添付）	掲載号	点数

(10), (11), (12) 結核予防会医学科コース

講習会名	開催日	点数

合計 点