

2020年3月

会 告

2020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・非結核性抗酸菌症学会

認定制度審議委員会

2016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、2020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：2020年5月1日～2020年9月30日（消印有効）
2. 対象者：認定医番号：161001～161999
指導医番号：162001～162999（指導医は認定医更新の手続き不要です）
3. 研修単位：認定医（50単位）、指導医（80単位）
研修単位には、「日本結核病学会生涯教育セミナー」または「本学会、日本感染症学会と本学会との共同企画」のいずれかの受講が必須となっています。
4. 申請用紙：学会ホームページ（<https://www.kekkaku.gr.jp>）
認定医・指導医制度〔結核・抗酸菌症認定医/指導医資格更新手続き〕よりダウンロードして下さい。

※ 単位不足等のやむを得ない理由で、本年度の更新を行えない方は、理由を付して「資格更新期限延長の扱いについて（資格更新期限延長申請書）」を提出して下さい。

【お問合せ先】

一般社団法人日本結核・非結核性抗酸菌症学会 事務局

TEL：03-6721-9983 FAX：03-6721-9986 E-mail：nintei@kekkaku.gr.jp

日本結核・非結核性抗酸菌症学会 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：2020年5月1日～2020年9月30日（消印有効）

◇ 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」 ※ 参加証明書のコピーを添付
 ※ 2016年3月1日以降の単位が有効
 ※ 研修単位：認定医50単位、指導医80単位
 ※ 所定単位のうち、(1)本学会生涯教育セミナーが含まれること。
- 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 日本結核・非結核性抗酸菌症学会
 ・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・非結核性抗酸菌症学会 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) 本学会の主催する結核・抗酸菌症生涯教育セミナー 出席者（※ 必須）	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術講演会 出席者	5
(4) 本学会の主催する学術講演会、支部学術講演会での発表演題の演者	5
(5) 本学会の主催する学術講演会、支部学術講演会での発表演題の共同発表者	2
(6) 審議会が指定する結核・抗酸菌症に関連したプログラム	
① 日本呼吸器学会、日本感染症学会等と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	
(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) 結核予防会結核研究所	
① 指導者養成研修コース（15日間）	80
② 結核対策総合コース（10日間）	50
③ 医師対策コース（5日間）	40
④ 医師・臨床コース（3日間）	40
⑤ 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
⑥ 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

認定医 更新者用

結核・抗酸菌症 認定医 更新申請書

会員番号： _____ (不明の場合は事務局で記載します)

認定医番号： _____ (不明の場合は事務局で記載します)

申請者氏名： _____ 印

フリガナ

ヘボン式ローマ字

勤務先名 (所属)：

連絡先 (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： _____ 単位

更新料 (20,000 円) 振込日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

振込金融機関： (郵便局・銀行) どちらか○で囲んで下さい

※ 指導医は認定医の資格更新の手続き不要です

指導医 更新者用

結核・抗酸菌症 指導医 更新申請書

会員番号： _____ (不明の場合は事務局で記載します)

指導医番号： _____ (不明の場合は事務局で記載します)

申請者氏名： _____ 印

フリガナ

ヘボン式ローマ字

勤務先 (所属) :

連絡先 (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 : _____ 単位

更新料 (20,000 円) 振込日 : 年 月 日

振込金融機関 : (郵便局・銀行) どちらか○で囲んで下さい

※ 指導医は認定医の資格更新手続き不要です

認定医・指導医 更新者用

単位取得証明書

(参加証のコピーを別紙に貼付のこと)

(1) 結核・抗酸菌症生涯教育セミナー 出席：30 単位

生涯教育セミナー	開催日	単位
第 回学術講演会 生涯教育セミナー		

(2) 本学会の主催する学術講演会 出席：20 単位

(3) 本学会の主催する支部学術講演会 出席：5 単位

(4) 本学会の主催する学術講演会、支部学術講演会での発表演題の演者：5 単位

(5) 本学会の主催する学術講演会、支部学術講演会での発表演題の共同発表者：2 単位

(6) 審議会が指定する結核・抗酸菌症に関連したプログラム

① 日本呼吸器学会、日本感染症学会等と本学会との共同企画：20 単位

② その他の単位数は審議会で決定する

学術講演会、指定の講習会名	開催日	単位

(7) 「結核」誌掲載論文の筆頭著者：10 単位、 (8) 「結核」誌掲載論文の共著者：5 単位

(9) 「結核」誌査読1論文：5 単位

「結核」論文（コピーを添付）	掲載号	単位

(10) 結核予防会 結核研究所コース

講習会名	開催日	単位

合計 単位

※(1)生涯教育セミナー受講は必須です。