

会 告

2025年度 結核・抗酸菌症 認定医／指導医 資格申請受付について

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

結核・抗酸菌症 認定医／指導医の資格申請受けを下記により行います。

1. 受付期間:2025年4月1日～2025年9月30日(必着)
2. 応募資格:
 - (1) 認定医
 - 1) 本学会の会員であること。
 - 2) 医師歴が2年以上の医師で、結核・抗酸菌症診療について研鑽を積もうとする者
 - 3) 過去5年以内の本学会の生涯教育セミナーに参加(必須)し、研修単位50単位を取得した者
 - (2) 指導医
 - 1) 会員歴:申請時まで継続して5年以上(2021年3月以前に入会)
 - 2) 認定医歴2年以上の医師(認定医番号121001～231999)
 - 3) 過去5年以内の、本学会の生涯教育セミナーに参加(必須)し、研修単位80単位を取得した者。ただし、生涯教育セミナーについては認定医に認定された後に受講したものを単位として認める。
 - 4) 学会誌「結核」に、結核・抗酸菌症に関する論文(原著・総説・症例報告等)、または本学会(総会・支部会)における発表を3篇(題)以上(うち1篇は筆頭著者(演者)とする)。発表の期限はありません。
 - 5) 次のいずれかを満たす者
 - ・ 結核・抗酸菌症10症例以上を診療し、所属施設長が承認した者
 - ・ ICDの資格を持ち結核院内感染対策に従事し、所属施設長が承認した者
 - ・ 保健所(保健所に準ずる行政機関等を含む)勤務歴3年以上、かつ結核等感染症対策に関与している者
3. 「申請用紙」は学会ホームページ (<https://www.kekkaku.gr.jp>)
認定医・指導医制度に掲載されています。

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
〒108-0074 東京都港区高輪 4-11-24-A101
TEL:03-6721-9983 FAX:03-6721-9986 E-mail: info@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** 資格申請

◇ 受付期間:2025年4月1日～2025年9月30日(必着)

◇ 提出書類

- ①「認定医新規申請書」
- ②「医師免許証」のコピー ※ 医師歴2年以上
- ③「単位取得証明書(参加証明書のコピーを同封)」
 - ※1. 2021年4月1日以降の単位が有効、研修単位数:50単位
 - ※2. 所定単位のうち、(1)本学会生涯教育セミナー(必須)が含まれていること。
- ④ 申請料: 20,000円 ※ 振替受領書のコピーを添付(本人名義でお振込み下さい)
 - ・払込取扱票には「会員番号」、「氏名」を記載してください。
 - ・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 (※2)	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)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 その他の研修会等は審議会で決定する	
(5)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 対策中級コース(5日間)	50
③ 医師・対策コース(4日間)	40
④ 医師・臨床コース(3日間)	40

※上記(1)および(4)①の講師も単位取得できるものとする。

日本結核・非結核性抗酸菌症学会 結核・抗酸菌症 **指導医** 資格申請

◇ 受付期間:2025年4月1日～2025年9月30日(必着)

◇ 提出書類

- ①「指導医 新規申請書」
- ②「医師免許証」のコピー
- ③「単位取得証明書(参加証明書のコピーを同封)」
 - ※1. 2021年4月1日以降の単位が有効、研修単位数:80単位
 - ※2. 所定単位のうち、(1)本学会生涯教育セミナー(必須)が含まれていること。
- ④「結核・抗酸菌症に関する論文または学会発表(コピーを同封)」
- ⑤ 次のいずれかの書類
 - ・「結核・抗酸菌症診療実績証明書」, 「症例申告用紙」
 - ・「結核院内感染対策従事証明書」と「ICD認定証」のコピー
 - ・「3年以上の保健所勤務歴を証明できる書類」
- ⑥ 申請料:20,000円 ※ 振替受領書のコピーを添付(本人名義でお振込み下さい)
 - ・払込取扱票には「会員番号」「氏名」を記載してください。
 - ・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 (※2.)	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)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 その他の研修会等は審議会で決定する	
(5)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 対策中級コース(5日間)	50
③ 医師・対策コース(4日間)	40
④ 医師・臨床コース(3日間)	40

※上記(1)および(4)の講師も単位取得できるものとする。

認定医 新規申請

① 結核・抗酸菌症 認定医 新規申請書

会員番号: _____ (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
〒 _____

連絡用 E-mail: _____

TEL: _____ - _____ FAX: _____ - _____

医師免許取得日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

研修単位合計: _____ 単位

申請料(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 新規申請

① 結核・抗酸菌症 指導医 新規申請書

会員番号: _____ (不明の場合は事務局で記載します)

認定医番号: _____ 入会日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
(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
〒 _____

連絡用 E-mail: _____

TEL: _____ - _____ FAX: _____ - _____

研修単位合計: _____ 単位

申請料(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

認定医・指導医 新規申請

③ 単位取得証明書

(参加証明書のコピーを同封)

(1) 結核・抗酸菌症生涯教育セミナー出席(30単位) ※ 必須 単位です

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		30

(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) 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 出席(20単位)

② その他の研修

学術講演会、指定の講習会名	開催日	単位
第 回学術講演会		

(5) 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

指導医 新規申請

④ 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・非結核性抗酸菌症学会(学術講演会・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、大会名と開催日の記載されている頁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。

発表は本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。

指導医 新規申請

⑤ 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・非結核性抗酸菌症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**

別紙 日本結核・非結核性抗酸菌症学会指導医申請用 症例申告用紙

申請者氏名 _____

症例番号	年齢	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。 番号は結核感染症は各まなない。 菌種は結核感染症は任意。	診療年 またがる場合は○～○年と記載。 ○年と記載。	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 2HREZ+4HR	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。

指導医 新規申請

⑤ 結核院内感染対策従事証明書

「ICD 認定証のコピー」を添付

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**