

受付番号	
------	--

認定番号	
------	--

核医学専門医認定審査申請書

一般社団法人 日本核医学会
教育・専門医審査委員会御中

平成 年 月 日

私は日本核医学会核医学専門医制度により、核医学専門医試験を受験します。

写 真

6ヶ月以内に撮影
上半身

Name	Family name	First name	印	男・女
氏名				
生年月日	年 月 日生	会員番号		
現住所	〒			
	TEL - -			
勤務先			科名	
勤務先住所	〒			
	TEL - -			

医師免許取得年月日	医師免許番号
年 月 日	第 号

履 歴 書

主な学歴（大学卒業から）			

取得している他の 専門医資格			
※	研修歴	研修期間	研修病院名
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月	
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月	
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月	
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月	
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月	
	研修期間の合計	年 ヶ月	

※ 欄は、日本核医学会の指定教育病院の場合のみ○印をつけてください。

業績目録

氏名 _____

筆頭者として核医学に関する学会発表・論文がありましたらご記入ください。

1)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
2)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
3)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
4)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
5)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

記載方法

- (1) 学会発表は、学会名、開催期間、発表演題名を記載する。
- (2) 論文は、日本核医学会機関誌投稿規定の引用文献の記載方法で記載する。

核医学研修修了証明書 1

平成 年 月 日

一般社団法人 日本核医学会 教育・専門医審査委員会 殿

下記の者は、日本核医学会指定教育病院において、核医学研修（SPECT, PET, RI 内照射療法を含むすべての研修）を修了したことを証明します。

医 師 名： _____

研修病院名：(1) _____

研修内容（SPECT, PET, RI 内照射療法）

研修開始日：平成 年 月 日 研修終了日：平成 年 月 日

研修期間 _____ 年 _____ ケ月

研修病院名：(2) _____

研修内容（SPECT, PET, RI 内照射療法）

研修開始日：平成 年 月 日 研修終了日：平成 年 月 日

研修期間 _____ 年 _____ ケ月

研修病院名：(3) _____

研修内容（SPECT, PET, RI 内照射療法）

研修開始日：平成 年 月 日 研修終了日：平成 年 月 日

研修期間 _____ 年 _____ ケ月

(SPECT, PET, RI 内照射療法のうち、該当するものを○で囲んでください。複数選択可。)

研修期間 (1)~(3) の合計： _____ 年 _____ ケ月

施設（病院）名： _____

主任指導者（指導責任者）名： _____

(日本核医学会核医学専門医)

印

* 複数の施設で研修した場合は、各々の施設の指導責任者印を押した核医学研修修了証明書（複数）を提出してください。

核医学研修修了証明書 2

平成 年 月 日

一般社団法人 日本核医学会 教育・専門医審査委員会 殿

1. 下記の者は、日本核医学会指定教育病院において、核医学研修を修了したことを証明します。

医 師 名： _____

研修病院名：(1) _____

研修内容 (SPECT, PET, RI 内照射療法)

研修開始日：平成 年 月 日 研修終了日：平成 年 月 日

研修期間 _____ 年 _____ ケ月

研修病院名：(2) _____

研修内容 (SPECT, PET, RI 内照射療法)

研修開始日：平成 年 月 日 研修終了日：平成 年 月 日

研修期間 _____ 年 _____ ケ月

研修病院名：(3) _____

研修内容 (SPECT, PET, RI 内照射療法)

研修開始日：平成 年 月 日 研修終了日：平成 年 月 日

研修期間 _____ 年 _____ ケ月

(SPECT, PET, RI 内照射療法のうち、該当するものを○で囲んでください。複数選択可。)

研修期間 (1)~(3) の合計： _____ 年 _____ ケ月

施設 (病院) 名： _____

主任指導者 (指導責任者) 名： _____

(日本核医学会核医学専門医)

印

* 複数の施設で研修した場合は、各々の施設の指導責任者印を押した核医学研修修了証明書 (複数) を提出してください。

2. SPECT, PET, RI 内照射療法のうち一つでも研修未修了の場合は、核医学研修修了証明書 2 と専門医教育セミナー参加証 (または出席証明証) のコピーを添付。

第 _____ 回日本核医学会春季大会・専門医教育セミナー 参加

3. PET 研修のみ未修了の場合は核医学研修修了証明書 2 と PET 研修セミナー参加証 (または出席証明証) のコピーを添付。

第 _____ 回日本核医学会春季大会・PET 研修セミナー 参加

核医学診療従事実績報告書

申請医師名

* 診療従事 40 例リスト

整理 No.	病名	診療年月日	診療 (検査または治療) 名	診療結果報告
例 1	乳ガン	20XX 年 1 月 10 日	骨スキャン	胸骨転移あり
例 2	甲状腺機能亢進症	20XX 年 2 月 5 日	I-131 治療	I-131 185 MBq 投与
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							

*研修40症例リストのうち、1症例の症例報告書（患者名と患者IDを抹消）のコピー1部を添付してください。
なお、その1症例は、脳、循環器、腫瘍のうちのいずれかとすること。