

受付番号	
------	--

認定番号	
------	--

## PET 核医学認定医認定審査申請書

一般社団法人日本核医学会 教育・専門医審査委員会 殿

20 年 月 日

私は日本核医学会 PET 核医学認定医制度による認定審査を申請します。

フリガナ				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 - -				

核医学専門医認定番号	
------------	--

医師免許取得年月日	医師免許番号
年 月 日	第 号

取得している他の専門医資格	
---------------	--

PET 研修セミナー参加	年 月	第 回日本核医学会春季大会・PET 研修セミナー
	年 月	臨時 PET 研修セミナー

※	核医学診断研修歴	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。



## 核医学業績目録

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/>
2)	<hr/>
3)	<hr/>
4)	<hr/>
5)	<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。

# 核医学診断経験を証明する研修修了書

20 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、3年以上の核医学診断経験を有することを証明します。

医 師 名： \_\_\_\_\_

研修病院名：(1) \_\_\_\_\_  
研修開始日：20 年 月 日  
研修終了日：20 年 月 日  
研修期間 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_ヶ月

研修病院名：(2) \_\_\_\_\_  
研修開始日：20 年 月 日  
研修終了日：20 年 月 日  
研修期間 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_ヶ月

研修病院名：(3) \_\_\_\_\_  
研修開始日：20 年 月 日  
研修終了日：20 年 月 日  
研修期間 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_ヶ月

研修期間 (1)~(3) の合計： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_ヶ月

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または施設長)

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。