

小児科専門医認定更新申請書

20 年 月 日

一般社団法人日本専門医機構 御中

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		学位	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
医籍登録番号	第 号	医籍登録年月日	年 月 日
専門医登録番号	第 号	初回認定日	年 月 日
現在の認定期間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日		
指導医登録番号	第 号	初回認定日	年 月 日
現在の認定期間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日		
勤務先名 (所属科名)			
勤務先住所	〒 - TEL :		
自宅住所	〒 - TEL :		
猶予期間 (猶予専門医)	申請年月日	年 月 日	
	猶予期間	年 月 ~ 年 月	
備考			

専門医登録番号		氏名	
---------	--	----	--

第 2 号様式

勤務実態

勤務実態 自己申告書 (第 3 号様式 1/2 ページ)	<input type="checkbox"/> 記載済み
活動実態自己申告書：詳細 (第 3 号様式 2/2 ページ)	<input type="checkbox"/> 記載済み

単位集計表

項目		取得単位	更新申請に必要な単位
i) 診療実績の証明	症例 第 4 号様式	症例	診療活動、専攻医指導
	活動 第 5 号様式	症例	健診、予防接種
	合計 (100 症例=10 単位)	① 症例 単位	100 症例=10 単位
ii) 専門医共通講習 第 6 号様式	必修講習	医療安全： 単位	各 1 単位以上必須
		感染対策： 単位	
		医療倫理： 単位	
	その他	単位	(0~7 単位)
合計	② 単位	5 単位以上必須 最大 10 単位	
iii) 小児科領域講習 ※領域専門医委員会が指定したものに限る。	第 7 号様式	③ 単位	20 単位以上
iv) 学術業績・診療以外の活動実績	第 8 号様式	④ 単位	0~10 単位
総合計 (①+②*+③+④) *②には必修講習各 1 単位以上が必須です		単位	50 単位

専門医登録番号		氏名	
---------	--	----	--

第3号様式 (1/2 ページ)

勤務実態 自己申告書

①【勤務実態】

勤務形態については、直近1年間のうち、任意の1週間当たりの（小児医療に関与している）時間

・勤務形態（主に従事する医療機関は必須：a. b. c. いずれかを選択）

a	病院小児科常勤医師として勤務している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	時間/週	勤務先
b	開業（診療所）常勤医師として勤務している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	時間/週	勤務先
c	病院または診療所小児科非常勤医師として勤務している（複数ある場合はすべて記載）	
	時間/週	勤務先
	時間/週	勤務先
	時間/週	勤務先
その他	時間/週	具体的な勤務内容

【日本小児科学会専門医取得後から申請時までの職歴等】

期 間		勤 務 先	職 名
自	年 月 日		
至	年 月 日		
自	年 月 日		
至	年 月 日		
自	年 月 日		
至	年 月 日		
自	年 月 日		
至	年 月 日		

※大学院、留学の場合は勤務先欄にその旨を記載してください。

※教育施設に非常勤で所属の場合は、主たる職歴に併記してください。

専門医登録番号		氏名	
---------	--	----	--

第 3 号様式 (2/2 ページ)

活動実態自己申告書：詳細

専門医の活動の実態を把握するための参考とします。祝日や学会出張等がない平均的な 1 週間の勤務実態を想定して記載してください。

診療活動	計	時間/週
外来診療		時間/週
入院診療		時間/週
学校健診		時間/週
乳幼児健診		時間/週
予防接種		時間/週
		時間/週
		時間/週
その他		時間/週
診療管理と教育活動	計	時間/週
カンファレンス		時間/週
診療に関わる委員会活動		時間/週
学生・研修医・専攻医指導		時間/週
メディカルスタッフ指導		時間/週
その他の臨床的活動	計	時間/週
育児相談		時間/週
臨床に関わる書類作成		時間/週
その他：(IC、IA など)		時間/週
小児科専門医として相応しい病院外での医療活動	計	時間/週
(内容記載)		時間/週
(内容記載)		時間/週

専門医登録番号		氏名	
---------	--	----	--

第4号様式

診療活動の申告

責任者署名 _____ 印

No.	診察 年/月/日	年齢	性別	病名	治療/患者への説明	転帰	診療施設名
1							
2							
3							
4							
5							

専門医登録番号		氏名	
---------	--	----	--

第5号様式

健診、予防接種活動の申告

No.	健診	実施日 年/月/日	対象 者数	指導を行った内容 接種ワクチン	施設	責任者 署名
1						
2						
3						
4						
5						

専門医登録番号		氏名	
---------	--	----	--

第6号様式

ii) 専門医共通講習受講証明書

単位集計表のii) 専門医共通講習に記載した単位に相当するものを貼付してください。

専門医登録番号		氏名	
---------	--	----	--

第7号様式

iii) 小児科領域講習会受講証明書

単位集計表のiii) 小児科領域講習に記載した単位に相当するものを貼付してください。

専門医登録番号		氏名	
---------	--	----	--

第8号様式

iv) 学術業績および診療実績以外の活動実績

単位集計表のiv)に記載した単位に相当するもの

A 学術業績を記載
B 参加証の原本を貼付
C その他の活動（地域の保健活動、教育活動など）の実績記載

小児科専門医 更新猶予申請書

20 年 月 日

領域専門医委員会、専門医認定・更新部門委員会 御中

添付の理由により、下記の期間小児科専門医の更新の猶予をお認めいただきたく、理由書をつけて申請いたします。

フリガナ			
氏名		専門医登録番号	第 号
現在の認定期間	(西暦)	年 月 日 ~	年 月 日
希望猶予期間		年 月 日 ~	年 月 日 (2年以内)
勤務先名 (所属科名)			
勤務先住所	〒 -	TEL :	
自宅住所	〒 -	TEL :	

(添付書類：更新猶予理由書)

20 年 月 日

領域専門医委員会、専門医認定・更新部門委員会承認

小児科専門医 更新猶予後活動再開届

20 年 月 日

領域専門医委員会、専門医認定・更新部門委員会 御中

上記承認されました更新猶予を <終了・中止> にあたり、
20 年 月 日から再開いたしますのでお認めいただきたく、申請いたします。

署名 _____

小児科専門医 更新猶予 延長願

20 年 月 日

領域専門医委員会、専門医認定・更新部門委員会 御中

添付の理由により、下記の期間小児科専門医の更新猶予の延長をお認めいただきたく、先に承認されました更新猶予申請書（第 9 号様式）および理由書をつけて申請いたします。

フリガナ		専門医登録番号	第 号
氏 名			
勤務先名 (所属科名)			
勤務先住所	〒 - TEL :		
自宅住所	〒 - TEL :		

現在の猶予期間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日
希望猶予 延長期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (1年間)

(添付書類：更新猶予申請書（承認済）更新猶予理由書）

20 年 月 日
領域専門医委員会、専門医認定・更新部門委員会承認

小児科専門医 更新猶予後活動再開届

20 年 月 日

領域専門医委員会、専門医認定・更新部門委員会 御中

上記承認されました更新猶予を <終了・中止> にあたり、
20 年 月 日から再開いたしますのでお認めいただきたく、申請いたします。

署名 _____