学会事務局使用：受付日（　　）受付番号（　　）

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
《 認定医申請書 》

年　　月　　日

日本緩和医療学会理事長　殿

会員番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は特定非営利活動法人 日本緩和医療学会専門医制度における認定医になることを希望し、ここに所定の書類を添えて申請します。

医師としての臨床経験の年数（通算）　＿＿＿＿年（初期研修の期間を含む）

申請条件３（専門的緩和ケアの現場（緩和ケア病棟・病床、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア）で 6 ヶ月以上の臨床経験を積み、かつ同現場で 50 例の症例を担当した者）を満たす、あなたの現在までの専門的緩和ケアの臨床経験について、300 字以内で簡潔に記載してください。
※緩和ケアチームの場合には、がん治療医の業務の延長として自科の診療のみに関わった経験は専門的緩和ケアの実践に該当しません。
※在宅緩和ケアは、自宅等への訪問診療を指します。
※あなたの臨床経験期間【在籍期間とエフォート率の積算（年%）（複数施設の場合はその総和）】が 50（年%）を超えていることが審査者にわかるように記載してください。エフォート率については、「認定医関連 Q&A」をご確認ください。

（上記の内容を 10 ポイント以上の文字サイズで上記範囲内・A4 サイズ 1 枚に収まるように記載して下さい）

※印刷が途切れていないか提出前によくご確認ください。
※自筆記名欄を忘れずにご記入ください。