**特定非営利活動法人　日本緩和医療学会**

《 専門医更新　申請書（職歴及び診療実績書） 》

ふりがな

会員番号　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

施設名（現職）：

診療科　　 　：

在籍期間　　 　：　　　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日

　　 　　　　　　内、診療実績対象期間（　　　　　　年　　　　ヶ月）

勤務形態　　 　：（　常勤　・　非常勤　[週・月・年　　　　日]）

■診療形態《該当する項目全てに○を付けてください》

ア．一般病棟　・　イ．緩和ケア病棟　・　ウ．緩和ケアチーム

エ．訪問診療　・　オ．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

■エフォート率《上記在籍期間内の平均値を記載してください》

診療　　　％（うち緩和医療　　　％）

教育　　　％，研究　　　　％，その他　　　　％

■職歴《実績対象期間[5年間]と現職までの内容を記載してください》

■実績対象期間における指導状況について

指導した医師の総数　　　　　　　（　　　名）臨床研修医は除外して下さい

専門医を申請した医師　　　　　　（　　　名）

申請予定の医師　　　　　　　　　（　　　名）

\*記載人数は、１ヶ月以上指導した人を対象とする。

年　　月　　日

上記申請者が当施設に在籍していることを証明します。

施設名

施設長　　　　　　　　　　　　　公印