

心臓血管麻酔専門医 更新申請書 書類送付時チェックシート

(各項目をチェックの上、こちらのチェックシートもご送付ください)

申請者氏名:

| NO | 書類 | チェック | 必要数 | 備考 |
|---------------------------------|---|--------------------------|------------------------------|--|
| 1 | 心臓血管麻酔専門医更新申請書 | <input type="checkbox"/> | | 更新申込入金後、メールにて送付 |
| 2 | 心臓血管麻酔専門医認定証の写し | <input type="checkbox"/> | | |
| 3 | 日本麻酔科学会または日本専門医機構の麻酔科専門医認定証の写し | <input type="checkbox"/> | | |
| 4 J B I P O T | ① JB-POT合格証の写し | <input type="checkbox"/> | ①～④ いずれか を提出 | 申請年の4月1日において有効期間内であること |
| | ② 100症例のTEE検査リストとその内10症例の経過報告書 | <input type="checkbox"/> | | 経験施設における代表心臓血管麻酔専門医もしくは麻酔科部門長の署名があること |
| | ③ 50症例のTEE検査リストとその内10症例の経過報告書およびTEE講習会受講証40点以上 | <input type="checkbox"/> | | |
| | ④ 海外における経食道心エコー検査 (TEE) に関する更新試験に合格し認定医資格を有していることがわかる書類 | <input type="checkbox"/> | | 申請年の4月1日において有効期間内であること。試験のみの合格は認められない。 |
| 5 業 績 目 録 関 係 | ① 業績目録 | <input type="checkbox"/> | | |
| | ② 日本心臓血管麻酔学会参加証の写し | <input type="checkbox"/> | 60点以上 | 3年以上必要 |
| | ③ 日本心臓血管麻酔学会発表時 該当抄録の写し | <input type="checkbox"/> | 40点以上 かつ ③～⑥で 20点以上 | 該当ページのコピー ③～⑧で40点以上かつ③～⑥で20点以上必要 |
| | ④ JSCVA学会誌論文の写し | <input type="checkbox"/> | | |
| | ⑤ 心臓血管麻酔に関する論文、著書の写し | <input type="checkbox"/> | | |
| | ⑥ JSCVA学会誌査読リストの写し | <input type="checkbox"/> | | |
| | ⑦ 日本心臓血管麻酔学会認定の講習会受講証の写し | <input type="checkbox"/> | | 20点まで認める。 専門医コースレクチャーを1回以上受講していること。 |
| | ⑧ 日本心臓血管麻酔学会認定の専門医コースレクチャーの受講証の写し | <input type="checkbox"/> | | |
| 6 経 験 証 明 書 | ① 心臓血管麻酔経験証明書(更新用) | <input type="checkbox"/> | | 代表心臓血管麻酔専門医もしくは麻酔科部門長の捺印が必要。施設ごとに記入。 |
| | ② 明細(更新用) | <input type="checkbox"/> | | |
| | ③ 麻酔チャートの写し | <input type="checkbox"/> | | 心臓血管麻酔経験証明書と同一の通し番号を記入 |
| 7 | 申請者の住所、氏名を記した返信用はがき | <input type="checkbox"/> | | |