［様式１］　　一般社団法人日本生殖医学会生殖医療従事者資格制度委員会

生殖医療専門医　研修開始登録申請書

（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日

（一社）日本生殖医学会理事長 殿

日本生殖医学会　生殖医療専門医制度による研修を開始注1）したいので、提出期間内に、申請に必要な提出物と申請料等を添えて注2）生殖医療専門医研修開始登録申請書を提出します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | | | | 顔写真  3x4cmカラー注3） |
| 日本生殖医学会  会員歴注1） | 入会 ：（西暦）　　　 　　　 　年 　　　　　　　月　　　　　　日 | | | |
| ふりがな（ローマ字） | （ ） | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日（性別） | （西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日　生　　（　男　・　女　） | | | |
| 現　勤務施設名注4,5） | | 施設名　： | | | |
| 所属名　： | 役職名 ： | | |
| 研修開始日 ：　申請年　　　4月　　1日　注6） | | | |
| 現　勤務施設所在地 | | 〒　　 　- | | | |
| TEL : | | | |
| 現　自宅住所 | | 〒 　 - | | | |
| Email | |  | | | |
| 基本領域学会専門医番号  ：取得年月日 | | 産婦人科　　　　　　　　　　　　　　　：（西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日  泌尿器科　　　　　　　　　　　　　　　：（西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 所属予定認定研修施設注7） | | 施設名： | | 施設番号： | |
| 私は、上記会員が生殖医療専門医研修を開始することを承認し、その研修に協力いたします。  生殖医学会会員番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　専門（指導）医番号：  生殖医療専門（指導）医（自署）注7）：　　 　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 印 | | | | | |

注1： 研修開始申請時に、研修予定の認定研修施設の生殖医療専門医（指導医）による承認を受けること、日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医あるいは日本泌尿器科学会認定泌尿器科専門医であること、入会日から2年以上の日本生殖医学会会員歴が必要です。

注2:　申請料については申請要項の記載に従ってください。

注3： 顔写真は申請書に貼付し、同じ写真の画像データ(JPEG形式)を申請書送付と同時にinfo@jsrm.or.jpに送付してください。メールの表題は「生殖医療専門医　研修開始申請書用写真（氏名、会員番号記入）としてください」

注4： 研修修了の認定を受けるためには、研修期間中に少なくとも1年間以上、認定研修施設に専任で所属し研修を行う必要があります。現在の勤務施設が認定研修施設でない場合は、その点を踏まえて今後の研修を行ってください。

注5： 所属する認定研修施設が研修連携施設の協力を得て指定を受けている場合は、研修連携施設における研修も行うことにより、より広い意味での生殖医療をすべて網羅的に習得することになります。研修を行う認定研修施設において不足しており、研修連携施設における研修が欠かせないと思われる事項については、認定研修施設が作成した専攻医のカリキュラムにしたがって、研修連携施設の実態に即した方法で研修を受けてください。

注6： 研修が許可された場合には、研修期間は登録年の4月1日から丸3年間（3月31日まで）です。

**注7： 研修予定の認定研修施設の生殖医療専門医（指導医）による承認を受けたことの証明として必ず自署をいただいてください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局記入欄：※印の個所は記入不要 | | | | 提出チェックリスト  □申請書（本紙）  □基本領域専門医証  　　　　　（有効期限内）  □顔写真データ  □申請料納付 |
| 受付日 | 受付番号 | 登録日 | 登録番号 |
| ※ | ※ | ※ | ※ |

［様式1-2］　　一般社団法人日本生殖医学会生殖医療従事者資格制度委員会

生殖医療専門医　所属認定研修施設変更申請書

（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日

（一社）日本生殖医学会理事長 殿

日本生殖医学会　生殖医療専門医制度による研修を開始後、指導を受ける認定研修施設・生殖医療専門医（指導医）に変更があった為、生殖医療専門医所属認定研修施設変更申請書を提出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | | | |
| ふりがな（ローマ字） | （ 　　　　　　　　　　 ） | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日（性別） | （西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日　生　　（　男　・　女　） | | | |
| 勤務施設名 | | 施設名　： | | |
| 所属名　： | 役職名 ： | |
| 研修開始日 ：　　　　　　　年　　4月　　1日 | | |
| 勤務施設所在地・連絡先 | | 〒　　 　- | | |
| TEL : | | |
| 現住所 | | 〒 - | | |
| Email | |  | | |
| 所属認定研修施設注1） | | 施設名： | | 施設番号： |
| 所属変更日 ：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 私は、上記会員が生殖医療専門医研修を開始することを承認し、その研修に協力いたします。  生殖医学会会員番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　専門（指導）医番号：  生殖医療専門（指導）医（自署）注1）：　　 　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 印 | | | | |

**注1： 研修先の認定研修施設の生殖医療専門医（指導医）による承認を受けたことの証明として必ず自署をいただいてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局記入欄：※印の個所は記入不要 | | | |
| 受付日 | 受付番号 | 登録日 | 登録番号 |
| ※ | ※ | ※ | ※ |

［様式2］

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

（西暦）＿＿＿＿年度　日本生殖医学会　生殖医療専門医

認定試験申請書

（西暦）　　　　　年　　月　　日

（一社）　日本生殖医学会　理事長　殿

日本生殖医学会　生殖医療専門医認定試験の受験を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 日本生殖医学会会員番号 |  |
| ふりがな |  |
| 氏　名 | 印 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　生 |
| 現　勤務施設名 |  |
| 同所在地 | 〒　　 　- |
| TEL： |
| 現　自宅住所 | 〒　　 　- |
| Email |  |
| 入会年月日  注）申請時において継続して満5年以上の会員歴（研修開始以前2年間+研修3年以上）が必要です。 | （西暦）　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 基本領域専門医選択 | 産婦人科　　・　　　泌尿器科  どちらかを〇で囲んで選択してください（症例レポート、筆記試験においての選択となります） |
| 基本領域学会専門医番号  （初回取得年月日）  （最終更新年月日） | 初回取得（西暦　　　　　年　　　月　　　日）  最終更新（西暦　　　　　年　　　月　　　日） |
| 研修開始登録年月日 | （西暦）　　　　　　　　　　年　　　　　月 　　 日 |

［様式3］

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

研修証明書

（西暦）　　　　　年　　月　　日

氏　名 ：

研修期間中の所属施設

|  |  |
| --- | --- |
| 所属期間（西暦） | 所属施設名※ |
| 年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　　　　年　　月 |  |

※研修期間中に研修のため所属した全ての施設名と、所属期間を、所属開始時期の早いものから順に記載して下さい。なお、所属施設が認定研修施設の場合には施設名の前に◎をつけて下さい。

上記の者は、日本生殖医学会　生殖医療専門医制度に定められた研修を修了したことを証明する。

認定研修施設名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（指定番号）

指導責任医師（自署）： 　　　　　　　　　　　　　印　　（生殖医療専門医登録番号）

［様式4-産婦人科用］

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

症例レポート（一般不妊症例）

　症例番号　（　　　）　※書き切れない場合は、1症例につきフォント10pt以上で2枚までに収まるように記載すること

|  |
| --- |
| 申請者氏名 |
| １：既往歴・合併症 |
| ２：不妊の現病歴（貴施設受診まで） |
| ３：検査成績 |
| ４：診断 |
| ５：治療の経過 |
| ６：考察 |

認定研修施設名： 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 （指定番号）

指導責任医師（自署）： 　　　　　　　　　　　　　印　　（生殖医療専門医登録番号）

［様式5-産婦人科用］

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

症例レポート（体外受精または顕微授精症例）

　症例番号　（　　　）　※書き切れない場合は、1症例につきフォント10pt以上で2枚までに収まるように記載すること

|  |
| --- |
| 申請者氏名 |
| １：既往歴・合併症 |
| ２：不妊の現病歴（体外受精・顕微授精治療開始まで） |
| ３：検査成績 |
| ４：診断 |
| ５：体外受精・顕微授精治療の経過 |
| ６：考察 |

認定研修施設名： 　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　（指定番号）

指導責任医師（自署）： 　　　　　　　　　　　　　印　　（生殖医療専門医登録番号）

［様式6-1-産婦人科用］

診療実績一覧（体外受精）は生殖医療専門医認定審査申請の際に提出してください。研修期間中に認定研修施設および研修連携施設で経験した体外受精・顕微授精・胚移植症例を記載してください。提出する症例数は50例以上最大100例までとしてください。個人情報保護の観点から、日付については年月までの記載としてください。認定研修施設の研修指導責任医師に自署・捺印してもらい、生殖医療専門医登録番号を記入してもらって下さい。

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

診療実績一覧（体外受精）

氏 名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年 月 | 認定研修施設または  研修連携施設の別 | 体外受精・顕微授精・胚移植の別 |
| 例 | 2022.4 | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 1 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 2 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 3 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 4 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 5 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 6 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 7 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 8 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 9 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 10 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 11 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 12 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 13 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 14 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 15 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 16 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 17 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 18 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 19 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 20 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 21 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 22 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 23 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 24 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 25 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |

指導責任医師 　所属

署　　　　　　　名(自署)　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 ㊞

生殖医療専門医登録番号：

［様式6-1-産婦人科用］

診療実績一覧（体外受精）は生殖医療専門医認定審査申請の際に提出してください。研修期間中に認定研修施設および研修連携施設で経験した体外受精・顕微授精・胚移植症例を記載してください。提出する症例数は50例以上最大100例までとしてください。個人情報保護の観点から、日付については年月までの記載としてください。認定研修施設の研修指導責任医師に自署・捺印してもらい、生殖医療専門医登録番号を記入してもらって下さい。

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

診療実績一覧（体外受精）

氏 名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年 月 | 認定研修施設または  研修連携施設の別 | 体外受精・顕微授精・胚移植の別 |
| 26 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 27 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 28 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 29 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 30 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 31 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 32 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 33 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 34 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 35 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 36 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 37 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 38 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 39 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 40 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 41 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 42 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 43 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 44 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 45 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 46 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 47 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 48 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 49 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 50 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |

指導責任医師 　所属

署　　　　　　　名(自署)　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 ㊞

生殖医療専門医登録番号：

［様式6-1-産婦人科用］

診療実績一覧（体外受精）は生殖医療専門医認定審査申請の際に提出してください。研修期間中に認定研修施設および研修連携施設で経験した体外受精・顕微授精・胚移植症例を記載してください。提出する症例数は50例以上最大100例までとしてください。個人情報保護の観点から、日付については年月までの記載としてください。認定研修施設の研修指導責任医師に自署・捺印してもらい、生殖医療専門医登録番号を記入してもらって下さい。

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

診療実績一覧（体外受精）

氏 名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年 月 | 認定研修施設または  研修連携施設の別 | 体外受精・顕微授精・胚移植の別 |
| 51 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 52 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 53 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 54 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 55 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 56 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 57 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 58 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 59 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 60 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 61 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 62 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 63 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 64 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 65 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 66 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 67 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 68 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 69 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 70 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 71 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 72 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 73 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 74 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 75 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |

指導責任医師 　所属

署　　　　　　　名(自署)　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 ㊞

生殖医療専門医登録番号：

［様式6-1-産婦人科用］

診療実績一覧（体外受精）は生殖医療専門医認定審査申請の際に提出してください。研修期間中に認定研修施設および研修連携施設で経験した体外受精・顕微授精・胚移植症例を記載してください。提出する症例数は50例以上最大100例までとしてください。個人情報保護の観点から、日付については年月までの記載としてください。認定研修施設の研修指導責任医師に自署・捺印してもらい、生殖医療専門医登録番号を記入してもらって下さい。

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

診療実績一覧（体外受精）

氏 名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年 月 | 認定研修施設または  研修連携施設の別 | 体外受精・顕微授精・胚移植の別 |
| 76 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 77 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 78 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 79 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 80 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 81 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 82 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 83 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 84 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 85 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 86 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 87 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 88 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 89 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 90 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 91 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 92 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 93 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 94 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 95 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 96 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 97 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 98 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 99 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
| 100 |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |

指導責任医師 　所属

署　　　　　　　名(自署)　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 ㊞

生殖医療専門医登録番号：

［様式6-2-産婦人科用］

診療実績一覧（生殖外科）は生殖医療専門医認定審査申請の際に提出してください。研修期間中に経験した生殖外科症例（手術実施あるいは見学、認定研修施設および研修連携施設である必要はありません）を記載してください。提出する症例数は5例とし、同一術式の記載は2例までとして下さい。個人情報保護の観点から、日付については年月までの記載としてください。認定研修施設の研修指導責任医師に自署・捺印してもらい、生殖医療専門医登録番号を記入してもらって下さい。また手術施行施設の責任医師（認定研修施設の指導責任医師と同一でも可）に自署・捺印してもらって下さい。

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

診療実績一覧（生殖外科）

氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 月 | 定研修施設、研修連携施設、その他の別 | 手術名 | 手術施行病院 | 責任医師  （自署） |  |
| 例) | 2022.4 | 認定・連携・その他 | 腹腔鏡下子宮筋腫摘出術 | 〇〇大学病院 | 〇〇　〇〇 |  |
| 1 |  | 認定・連携・その他 |  |  |  |  |
| 2 |  | 認定・連携・その他 |  |  |  |  |
| 3 |  | 認定・連携・その他 |  |  |  |  |
| 4 |  | 認定・連携・その他 |  |  |  |  |
| 5 |  | 認定・連携・その他 |  |  |  |  |

認定研修施設指導責任医師

所　　　　属

署　　　　名(自署)　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 ㊞

生殖医療専門医登録番号：

［様式4-泌尿器科用］

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

症例レポート（手術症例）

　症例番号　（　　　）　※書き切れない場合は、1症例につきフォント10pt以上で2枚までに収まるように記載すること

|  |
| --- |
| 申請者氏名 |
| １：既往歴・合併症 |
| ２：不妊の現病歴（貴施設受診まで） |
| ３：検査成績 |
| ４：診断 |
| ５：治療の経過 |
| ６：考察 |

認定研修施設名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（指定番号）

指導責任医師（自署）： 　　　　　　　　　　　　　　印　（生殖医療専門医登録番号）

指導責任泌尿器科領域生殖医療専門医（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（生殖医療専門医登録番号）

［様式5-泌尿器科用］

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

症例レポート（手術症例以外）

　症例番号　（　　　）　※書き切れない場合は、1症例につきフォント10pt以上で2枚までに収まるように記載すること

|  |
| --- |
| 申請者氏名 |
| １：既往歴・合併症 |
| ２：不妊の現病歴 |
| ３：検査成績 |
| ４：診断 |
| ５：治療の経過 |
| ６：考察 |

認定研修施設名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（指定番号）

指導責任医師（自署）： 　　　　　　　　　　　　　　印　（生殖医療専門医登録番号）

指導責任泌尿器科領域生殖医療専門医（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（生殖医療専門医登録番号）

［様式6-1-泌尿器科用］

手術症例一覧は生殖医療専門医認定審査申請の際に提出してください。二次審査の参考資料となります。研修期間中に認定研修施設および研修連携施設で経験した症例（泌尿器科領域の専攻医は不妊関連手術症例）を記載してください。提出する症例数は30〜50例としてください。個人情報保護の観点から、日付については年月までの記載としてください。認定研修施設の研修指導責任医師と指導してくださった泌尿器科領域生殖医療専門医に自署・捺印してもらい、生殖医療専門医登録番号を記入してもらって下さい。術者・助手は問いませんが最低でも以下の術式症例数は達成してください。

1. 手術症例数
2. 精索静脈瘤手術　20例
3. 精巣内精子採取術　10例（ただし顕微鏡下精巣内精子採取術１例以上）

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

手術症例一覧(1/2)

氏 名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 月 | 認定研修施設または  研修連携施設の別 | 手術名 | ART施行 |
| 例 | 2022.4 | 認定・連携 | 顕微鏡下精巣内精子採取術 | あり |
| 1 |  | 認定・連携 |  |  |
| 2 |  | 認定・連携 |  |  |
| 3 |  | 認定・連携 |  |  |
| 4 |  | 認定・連携 |  |  |
| 5 |  | 認定・連携 |  |  |
| 6 |  | 認定・連携 |  |  |
| 7 |  | 認定・連携 |  |  |
| 8 |  | 認定・連携 |  |  |
| 9 |  | 認定・連携 |  |  |
| 10 |  | 認定・連携 |  |  |
| 11 |  | 認定・連携 |  |  |
| 12 |  | 認定・連携 |  |  |
| 13 |  | 認定・連携 |  |  |
| 14 |  | 認定・連携 |  |  |
| 15 |  | 認定・連携 |  |  |
| 16 |  | 認定・連携 |  |  |
| 17 |  | 認定・連携 |  |  |
| 18 |  | 認定・連携 |  |  |
| 19 |  | 認定・連携 |  |  |
| 20 |  | 認定・連携 |  |  |

指導責任医師（自署）： 　　　　　　　　　 　　　印　（生殖医療専門医登録番号）

指導責任泌尿器科領域生殖医療専門医（自署）：　　　　 　　　　　　印

（生殖医療専門医登録番号）

［様式6-1-泌尿器科用］

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

手術症例一覧(2/2)

氏 名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 月 | 認定研修施設または  研修連携施設の別 | 手術名 | ART施行 |
| 21 |  | 認定・連携 |  |  |
| 22 |  | 認定・連携 |  |  |
| 23 |  | 認定・連携 |  |  |
| 24 |  | 認定・連携 |  |  |
| 25 |  | 認定・連携 |  |  |
| 26 |  | 認定・連携 |  |  |
| 27 |  | 認定・連携 |  |  |
| 28 |  | 認定・連携 |  |  |
| 29 |  | 認定・連携 |  |  |
| 30 |  | 認定・連携 |  |  |
| 31 |  | 認定・連携 |  |  |
| 32 |  | 認定・連携 |  |  |
| 33 |  | 認定・連携 |  |  |
| 34 |  | 認定・連携 |  |  |
| 35 |  | 認定・連携 |  |  |
| 36 |  | 認定・連携 |  |  |
| 37 |  | 認定・連携 |  |  |
| 38 |  | 認定・連携 |  |  |
| 39 |  | 認定・連携 |  |  |
| 40 |  | 認定・連携 |  |  |
| 41 |  | 認定・連携 |  |  |
| 42 |  | 認定・連携 |  |  |
| 43 |  | 認定・連携 |  |  |
| 44 |  | 認定・連携 |  |  |
| 45 |  | 認定・連携 |  |  |
| 46 |  | 認定・連携 |  |  |
| 47 |  | 認定・連携 |  |  |
| 48 |  | 認定・連携 |  |  |
| 49 |  | 認定・連携 |  |  |
| 50 |  | 認定・連携 |  |  |

指導責任医師（自署）： 　　　　　　　　　　　　　印　　（生殖医療専門医登録番号）

指導責任泌尿器科領域生殖医療専門医（自署）：　　　　 　　　　　　印

（生殖医療専門医登録番号）

［様式6-2-泌尿器科用］

経験症例実績一覧は生殖医療専門医認定審査申請の際に提出してください。二次審査の参考資料となります。研修期間中に認定研修施設および研修連携施設で経験した症例を記載してください。提出する症例数は50例です。個人情報保護の観点から、日付については年月までの記載としてください。認定研修施設の研修指導責任医師と指導してくださった泌尿器科領域生殖医療専門医に自署・捺印してもらい、生殖医療専門医登録番号を記入してもらって下さい。主治医・担当医は問いませんが最低でも以下の症例数は達成してください。

1. 経験症例数
2. 特発性造精機能障害　20~30例
3. 精索静脈瘤　10~20例
4. 染色体・遺伝子異常1~5例
5. 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症 0~1例
6. 閉塞性疾患　0~3例
7. 性機能障害　1~5例
8. ①〜④に属さない非閉塞性無精子症　3~5例
9. がん治療前の妊孕性温存　0~1例

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

経験症例実績一覧(1/2)

氏 名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 月 | 認定研修施設または  研修連携施設の別 | 疾患名 | ARTの有無 |
| 例 | 2022.4 | 認定・連携 |  |  |
| 1 |  | 認定・連携 |  |  |
| 2 |  | 認定・連携 |  |  |
| 3 |  | 認定・連携 |  |  |
| 4 |  | 認定・連携 |  |  |
| 5 |  | 認定・連携 |  |  |
| 6 |  | 認定・連携 |  |  |
| 7 |  | 認定・連携 |  |  |
| 8 |  | 認定・連携 |  |  |
| 9 |  | 認定・連携 |  |  |
| 10 |  | 認定・連携 |  |  |
| 11 |  | 認定・連携 |  |  |
| 12 |  | 認定・連携 |  |  |
| 13 |  | 認定・連携 |  |  |
| 14 |  | 認定・連携 |  |  |
| 15 |  | 認定・連携 |  |  |
| 16 |  | 認定・連携 |  |  |
| 17 |  | 認定・連携 |  |  |
| 18 |  | 認定・連携 |  |  |
| 19 |  | 認定・連携 |  |  |
| 20 |  | 認定・連携 |  |  |

指導責任医師（自署）： 　　　　　　　　　　　　　印　　（生殖医療専門医登録番号）

指導責任泌尿器科領域生殖医療専門医（自署）：　　　　 　　　　　　印

（生殖医療専門医登録番号）

［様式6-2-泌尿器科用］

|  |
| --- |
|  |

事務局記入欄

経験症例実績一覧（2/2）

氏 名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 月 | 認定研修施設または  研修連携施設の別 | 疾患名 | ARTの有無 |
| 21 |  | 認定・連携 |  |  |
| 22 |  | 認定・連携 |  |  |
| 23 |  | 認定・連携 |  |  |
| 24 |  | 認定・連携 |  |  |
| 25 |  | 認定・連携 |  |  |
| 26 |  | 認定・連携 |  |  |
| 27 |  | 認定・連携 |  |  |
| 28 |  | 認定・連携 |  |  |
| 29 |  | 認定・連携 |  |  |
| 30 |  | 認定・連携 |  |  |
| 31 |  | 認定・連携 |  |  |
| 32 |  | 認定・連携 |  |  |
| 33 |  | 認定・連携 |  |  |
| 34 |  | 認定・連携 |  |  |
| 35 |  | 認定・連携 |  |  |
| 36 |  | 認定・連携 |  |  |
| 37 |  | 認定・連携 |  |  |
| 38 |  | 認定・連携 |  |  |
| 39 |  | 認定・連携 |  |  |
| 40 |  | 認定・連携 |  |  |
| 41 |  | 認定・連携 |  |  |
| 42 |  | 認定・連携 |  |  |
| 43 |  | 認定・連携 |  |  |
| 44 |  | 認定・連携 |  |  |
| 45 |  | 認定・連携 |  |  |
| 46 |  | 認定・連携 |  |  |
| 47 |  | 認定・連携 |  |  |
| 48 |  | 認定・連携 |  |  |
| 49 |  | 認定・連携 |  |  |
| 50 |  | 認定・連携 |  |  |

指導責任医師（自署）： 　　　　　　　　　　　　　印　　（生殖医療専門医登録番号）

指導責任泌尿器科領域生殖医療専門医（自署）：　　　　 　　　　　　印

（生殖医療専門医登録番号）

［様式7］

※3年間の研修が終了する時点で、留学等により研修期間の延長を希望される方は、下記申請書を郵送にてご提出ください。提出された申請書をもとに生殖医療従事者資格制度委員会において審議し、決定について通知いたします。なお、細則17条により、原則的には委員会が妥当と認めた場合に**1回の延長申請で1年までの延長**が認められます。また細則第4条2項により、研修期間の延長は最大2年までです。

提出先： 〒100-0014東京都千代田区永田町2-17-17アイオス永田町503号

一般社団法人日本生殖医学会　生殖医療従事者資格制度委員会　宛

**生殖医療専門医制度**

**研修期間延長申請書**

一般社団法人日本生殖医学会理事長　殿　　　　　　　　　（西暦）　　　　年　　　月　　　日

下記により、研修期間延長を申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  専攻医氏名 | ㊞ |
| 会員番号 |  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　 　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 研修開始年度 | （西暦）　　　　　　　 　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 延長理由  （該当番号に○  留学先・状況・その他は  内容を記載） | 1. 留学のため  （留学先：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  2. 出産・育児のため  3. 病気のため  （状況：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  4. その他  （理由：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先  （郵送物送付先） | 〒    TEL：  E-mail： |
| 延　長　希望期間 | （西暦）　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日  ※4月1日から3月31日までの年度単位でご記入ください。  　　　　　　　年間の研修を延長希望（1年単位）  ※延長は特別な理由がない限り**事由発生前に**お申し出が必要です。  事由前のお申し出ではない場合は延長が認められない場合があります。 |
| 備考 |  |