［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］

|  |
| --- |
|  |

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：その他 |

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］

|  |
| --- |
|  |

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：その他 |

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-泌尿器科］

|  |
| --- |
|  |

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：その他 |

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-泌尿器科］

|  |
| --- |
|  |

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：その他 |

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　（産婦人科領域用）］　＜任意提出＞

診療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。この提出は任意ですが、提出していただいた場合には二次審査の参考資料といたします。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（産婦人科領域の専攻医は体外受精・顕微授精・胚移植症例）を記載してください。提出する症例数は最大100例までとしてください（2ページ以上になる場合には両面コピーで記載し2枚まで提出可）。カルテ番号は個人情報保護の観点から、下2桁は○○の様にマスクして記載してください。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

氏 名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| カルテ番号 | 日 付 | 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）1234○○ | 2017.4.1 | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 認定　・　連携 | 体外受精　・　顕微授精　・　胚移植 |
|  |  | 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(自筆)　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 ㊞

生殖医療専門医登録番号：

［様式６　（泌尿器科領域用）］＜任意提出＞

診療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。この提出は任意ですが、提出していただいた場合には二次審査の参考資料といたします。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。提出する症例数は最大50例までとしてください（片面または両面コピーで１枚のみ提出可）。カルテ番号は個人情報保護の観点から、下2桁は○○の様にマスクして記載してください。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

氏 名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| カルテ番号 | 日 付 | 認定研修施設または  研修連携施設の別 | 手術名 |
| 例）1234○○ | 2017.4.1 | 認定　・　連携 | 顕微鏡下精巣内精子採取術 |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |
|  |  | 認定　・　連携 |  |

指導責任医師 　所属

署　　　　　　　名(自筆)　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 ㊞

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 |  |