日本エイズ学会 指導医申請書

					※申請番号				
申請日:西暦		年	月	日				※記入し	ないで下さい
ふりがな 申請者氏名 : ₋				即_					
学会会員番号:	155-	-	_						
生年月日:西暦		年	月	日					
[所属機関]									
機関名・部署名	(役職):					()	
住所:〒									
電話番号:									
FAX 番号:									
E メール:									
[自宅]									
住所:〒									
電話番号:									
FAX 番号:									
E メール:									
医師免許番号(月	取得日):				(西暦		年	月	目)
日本エイズ学会記	認定医証番号	号(取得年	4):		(西暦		年)		

日本エイズ学会 指導医申請点数取得報告書

点数欄に記載の上、添付資料と共に提出して下さい。

点数懶に記載の上、你竹賃付と共に促出し	点数				添付資料
【必須要件】					
1. 日本エイズ学会学術集会・総会	ı				
参加[2回以上必須]	15 点	口	計	点	各回の参加証原本または コピー (氏名記載)
学会教育研修プログラムの受講・講演 [1回以上必須、複数回の場合も同点数]	10 点	口	計	点	各回の受講証半券原本 (氏名記載)
2. 臨床的発表(下記いずれか必須)	_				
[日本エイズ学会誌] 掲載論文の筆頭著者	10 点	編	計	点	掲載論文1ページ目 (氏名記載のもの) コピー
[日本エイズ学会学術集会・総会] 筆頭演者	5 点	編	計	点	掲載抄録 1 ページ目 (氏名記載のもの) コピー
[本学会が指定した学術誌※] 掲載論文の筆頭著者	10点	編	計	点	掲載抄録 1 ページ目 (氏名記載のもの) コピー
[本学会が指定した学術集会※] 筆頭演者	5点	編	計	点	掲載抄録 1 ページ目 (氏名記載のもの) コピー
【必須ではない要件】					
3. 本学会が指定した研修会					
①1 日出席	5点	口	計	点	タロの英謙訂臣士士とは
②2 日以上7日未満出席	10 点	口	計	点	各回の受講証原本または コピー (氏名記載)
③7日以上出席	15 点	口	計	点	一 (八石癿戦)
上記①~③の講師	5点	□	計	点	プログラム目次等 (氏名記載のもの) コピー
4. 日本エイズ学会誌					
掲載論文の共著者	5点	編	計	点	掲載論文1ページ目 (氏名記載のもの) コピー
5. 日本エイズ学会学術集会・総会演題					
共同演者	2 点	編	計	点	掲載抄録 1 ページ目 (氏名記載のもの) コピー
6. 本学会が指定した国内外の学術集会※					
参加	5 点	口	計	点	各回の参加証コピー
7. 本学会が認定した国内各地の研究会※					
参加	3 点	口	計	点	各回の参加証コピー

- 注)・上記申請は全て申請年度の締切日から遡って5年以内の事項が対象となります。
 - ・各事項の添付書類(必須)は A4 サイズとし、各書類の右上に上記 $1 \sim 7$ の該当する番号を付記して下さい。(1、3、6、7については各々貼付用紙に貼り付けて下さい。)
- ※対象となる学術論文、学術集会、研究会については細則をご参照下さい。

	修プログラム受		

本学会が指定した研究課題を表現			
受講証原本又はコピ	<u>_</u>		

6.	本学会が指定した国内外の学術集会
	参加証コピー
	2 / / P / P

参加証コピー			

公印

所属施設長の推薦状

日本エイ	ズ学会認定制度審議会	御中
H /T 1		ا تاسا

施設長名:

申請者氏名

上記の者は、本施設の職員であり、エイズ専門医症例記録	(別紙)	に記載の経!	験を
有し、HIV 感染症診療に造詣が深いことから、日本エイズ学	会認定制	度「指導医	ح ا
してふさわしいと考え推薦いたします。			
	年	月	日
施設名:			

日本エイズ学会認定指導医 症例記録

氏名:		

(略号) PCP: ニューモシスチス肺炎 CMV: サイトメガロウイルス感染症

NTM:非結核性抗酸菌症 KS:カポジ肉腫 ART:抗 HIV ウイルス療法

[症例番号:]

担当開始時		症例での経験内容						
患者年齢	日	和見感染物	症			ART と治療薬		
	PCP カンジ	ダ症	CMV	結核	治療導入(),		
	NTM リンパル	€ KS			治療変更(\rightarrow)	
歳	その他(副作用・治療の	工夫など(
//////////////////////////////////////))	
	該当無				該当無			
性別				症例の	概要(100 字程度)		
男・女								
・その他								

[症例番号:]

	I							
担当開始時		症例での経験内容						
患者年齢	日和見感染	注 症	ART と治療薬	<u> </u>				
	PCP カンジダ症	CMV 結核	治療導入(),				
	NTM リンパ腫 KS		治療変更(→)				
歳	その他(副作用・治療の工夫など(
////))				
	該当無		該当無					
性別		症例の	概要(100 字程度)					
男・女								
・その他								

注)指導医の申請には 10 症例以上の症例記録の提出が<u>必須</u>です。本用紙(様式 3-2)を必要分コピーして使用して下さい。

日本エイズ学会 指導医申請時のチェックリスト

申請	青者氏名 :
	日本エイズ学会会員であるか(会費の滞納がある方は早急に納付下さい)
	日本エイズ学会認定医歴が5年以上であるか
	HIV 感染症 10 症例以上を診療し、所属施設長の承認を受けているか(申請書 3)
	HIV 感染症に関連した臨床的発表を行っているか(申請書 2)
	申請書1に記入漏れはないか、押印されているか
	申請書2に記入漏れはないか、また、必須要件を全て満たしているか
	申請書2の合計点数が70点以上となっているか(学術集会参加2回以上必須、教育プログラム参加
	または講演1回以上必須)
	申請書 2 に記入した全ての添付書類が同封されているか(1 、 3 、 6 、 7 については各々貼付用紙に
	貼り付けられているか)
	申請書2に記入した全ての添付書類に申請者の氏名が記載されているか(申請者本人のものと判別可
	能か)
	申請書 2 の各添付書類の右上に、(様式 2)における項目番号($1\sim6$)が記載されているか
	医師免許証のコピーが添付されているか
	申請料振込受領証のコピーが添付されているか
	申請書送付用封筒に「日本エイズ学会指導医申請書在中」と朱書きされているか