（一社）日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医認定制度

ペインクリニック専門医指定研修施設　更新申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　20　　年　　　月　　　日(一社)日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医認定制度規則に定めるペインクリニック専門医指定研修施設の更新を、申請書類および審査料を添えて申請いたします。申請施設　　　　　　　　　　　　　　　　認定施設番号代表専門医名　　　　　　　　　　　　　　印都道府県

|  |
| --- |
| 審査料受領証貼付欄 |
| 　コピー可 |

(一社)日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医認定委員会委員長　殿 |

**一般社団法人日本ペインクリニック学会指定研修施設　更新認定申請書**

20　　年　　月　　日

一般社団法人日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医認定委員会殿

施設名

所在地　〒　　　　　　 TEL 　　( )

施設長名 ㊞

当施設を一般社団法人日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医認定制度規則による

一般社団法人日本ペインクリニック学会指定研修施設の更新申請いたします。

Ⅰ　申請者：代表専門医

　　氏　名 ㊞

会員番号(10桁)

 ペインクリニック専門医番号(8桁)

職　名

実質週間勤務日数　 日

学歴（大学入学以降）

職歴

日本専門医機構認定の共通講習の参加（申請日の直近5年間＝2019年10月1日～2024年9月30日）

※以下、3講習会の参加証明書要添付

医療安全

　　　　　　　年　　月　　日受講

医療倫理

　　　　　　　年　　月　　日受講

感染対策（ICD講習会の受講でも可）

　　　　　　　年　　月　　日受講

有害事象調査・回答状況　：

Ⅱ　ペインクリニック業務に従事する医員

　　氏　名・会員番号・ﾍﾟｲﾝｸﾘﾆｯｸ専門医番号・卒業年度・ﾍﾟｲﾝｸﾘﾆｯｸ以外の所属科・常勤または非常勤

1.

（申請者）

2.

3.

4.

5.

その他　　　　　　　名

Ⅲ　ペインクリニック診療施設

１. ペインクリニック外来の有無 　 (　有　・　無　) ※緩和外来を含む

　診療日数　　　　　(週　　　　日)

入院　　　　　　　(　有　・　無　)

がん性(疼)痛治療　(　有　・　無　)

ペインクリニック専門医常勤有無 　 (　有　・　無　)

1. 施設分類: 大学病院、国公立病院、　　　　　　法人病院、個人病院、診療所、

（○印）　その他（　　　　　　　　　）

1. 他学会による研修施設の指定（○印）

　　　日本麻酔科学会、その他主な学会名

4. ペインクリニック科診察室数:　　　　　　　室・外来ベッド数: 台

5. 施設総病床数: 床・内ペインクリニック関連病床数: 床

　　　(他科よりの依頼患者者数を含む)

1. ペインクリニック科月平均患者数: 新患者数約　　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　 延患者数約　　　　名

1. Ｘ線等の施設の有無（○印）:　透視、撮影、その他（　　　　　　　　）

 Ⅳ　診療内容

 施行しうる鎮痛法（主なものに◎印、従なるものに○印）

　　　　神経ブロック療法（　　　）、薬物療法（　　　）、刺激鎮痛法（　　　）

　　　　理学療法（　　　）、外科的鎮痛法（　　　）、心理療法（　　　）、その他（　　　）