更新申請用

各位

ペインクリニック専門医指定研修施設更新のご案内を申し上げます。
締切日までにご申請ください。なお、お送り頂いた更新申請書類に不備がございましたらご連絡申し上げます。

記

申請要項

1. （本学会専門医制度施行細則より）

第７条　ペインクリニック専門医の資格を得るための指定研修施設は、各種疼痛疾患並びにその関連疾患の診療を行う施設のうち、次の号の基準を満たしているものとする。なお、新設などの施設においては、6 ヵ月の実績後から受付けるものとする。

2　ペインクリニック診療を週 3 日以上行なっていること。

3　代表専門医として、常勤（週 3 日以上勤務）の一社)日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医を 1 名置かなくてはならない。

4　ペインクリニックの治療、教育および研修にふさわしい人員、外来や入院などの設備を有していること。

第 11 条

3 更新の条件は、指定研修施設資格審査 第 7 条を満たした上で、以下①・②を必須とする。

① 代表専門医が、「医療安全」・「医療倫理」・「感染対策」の日本専門医機構認定の共通講習会（主催問わず）を 5 年間に各 1 講座以上受講すること。
なお、「感染対策」については、一社)日本ペインクリニック学会学術大会時に開催する ICD 講習会の受講でも可とする（ICD 制度協議会・ICD 講習会への申込み必須）。

② 安全委員会指定の有害事象調査の回答を学会が指定する期日までに毎年提出すること。

2. 更新審査料は 22,000 円です。同封の払込用紙にてご入金後、所定の申請書に受領証を貼付けてください。

ゆうちょ銀行：口座番号　00100-1-576784
他銀行からのお振込み：ゆうちょ銀行　ゼロイチキュウ店　当座 0576784
加入者名　一般社団法人日本ペインクリニック学会

3. 現在のご登録と内容が異なっている場合は、ご連絡を差し上げる場合がございます。
代表専門医や、住所、施設名のご変更がある場合は、本会ホームページからダウンロードした変更届に変更事項をご記入頂き、申請書と共にお送りください。

申請書記入の補足

＜申請書 2 ページ＞

＊申請書 2 頁目の施設長名横の印鑑は、施設もしくは施設長の印鑑を押印ください。

＊代表専門医が出席した日本専門医機構認定の共通講習会（医療安全・医療倫理・感染対策：主催問わず）（「感染対策」については、一社)日本ペインクリニック学会学術大会時に開催する ICD 講習会の受講でも可）への参加状況を記載の上、証明書類または参加履歴のプリントアウトしたものを添付して下さい。
証明書類に氏名の記載のないものは無効となりますので、余白に氏名を必ずご記載下さい。

※共通講習の主催は問いません。まだ参加していない講習会がある場合は、一般社団法人日本専門医機構（ https://jmsb.or.jp/senmoni/#an11 ）の共通講習開催情報をご参照ください。日本麻酔科学会が実施している e-ﾗｰﾆﾝｸﾞの受講でも構いません。

受付締切

2024 年 6 月 1 日(土)～9 月 30 日(月)（消印有効）　※簡易書留または宅配便でご送付ください。
なお、到着通知が必要な方は、宛先欄を記入した葉書を同封ください。

送付先

〒101-0062
東京都千代田区神田駿河台 1-8-11 東京 YWCA 会館 210 号室
(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事務局　施設更新申請係

以上