

各位

ペインクリニック専門医指定研修施設申請のご案内を申し上げます。

なお、書類に不備がある際にはご連絡させていただきます。

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診療、教育および研修にふさわしい人員、外来や入院および在宅診療の体制を有していること。

2. 審査料；22,000円

下記口座にご入金後、申請用紙に受領証(コピー可)を貼付けて下さい。

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 ゼロイチキュー店 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

<認定後の注意事項>

上記(申請要項1.)の第7条を満たした上で、代表専門医が施設の更新年度の直近5年間のうちに、日本専門医機構認定の専門医共通講習「医療安全」・「医療倫理」・「感染対策」の各講座を1講習ずつの受講と、安全委員会アンケート(有害事象調査)の毎年の提出が必須です。「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集会時に開催するICD講習会の受講でも可です(ICD制度協議会・ICD講習会への申込み必須)。

申請書記入の補足

・申請用紙の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。

受付締切

2026年6月1日(月)～9月30日(水)(消印有効)

必ず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 施設申請係

以上