新規申請用

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頂きます。

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。

2. 審査料は、22,000 円です。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 |

＜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

2024 年 6 月 1 日(土)～9 月 30 日(月)（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