日本血液学会

　専門研修認定施設　認定申請書

　　　年　　　月　　　日

**日本血液学会 理事長 殿**

当科は、日本血液学会専門医制度における専門研修認定施設としての認定をうけたく、申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | | |
| 施 設 名 |  | | | |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | | |
| 診療科名 |  | | | |
| 診療科長名 |  | | | 印 |
| 施設所在地 | 〒 | | | |
| 電　話 |  | ＦＡＸ |  | |
| ＨＰ URL | http(s):// | | | |
| 申請担当者名 | 〔部署：　　　　　　　　　　　　e-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | |
| 統括責任者名  （代表指導医） | 会員番号（　　　　　　　　）　血液指導医番号（　　　　　　　　） | | | |
| 登録指導医名  １. | 会員番号（　　　　　　　　）　血液指導医番号（　　　　　　　　） | | | |
| ２. | 会員番号（　　　　　　　　）　血液指導医番号（　　　　　　　　） | | | |
| ３. | 会員番号（　　　　　　　　）　血液指導医番号（　　　　　　　　） | | | |
| ４. | 会員番号（　　　　　　　　）　血液指導医番号（　　　　　　　　） | | | |
| ５. | 会員番号（　　　　　　　　）　血液指導医番号（　　　　　　　　） | | | |

※ 記入欄不足の場合は、用紙コピーの上、追記下さい。

〔下の欄は記入しないで下さい。審査事務のために、記入するものです。〕

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**日本血液学会 専門研修認定施設の申請につき、下記要件を全て満たしていることを**

**証明いたします。**

年　　　月　　　日

施設名

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（病院長名）

**診療科名　：**

**専門研修認定施設要件**（ 該当箇所□に✓をいれること）

□　1) 血液病床を20床以上有していること。

\*小児血液疾患診療施設については、ベッド数の基準を5床以上

□　2) 血液の専門外来を有していること。

□　3) カリキュラムの完結に必要な疾患領域・症例数を有すること。

□　4) 血液指導医１名以上が常勤していること。

□　5) 臨床血液学に関する教育的行事（カンファランス、セミナー等）を

定期的に実施していること。

□　6）臨床研究が可能な環境が整っていること。臨床研究として血液疾患登録を

行っていること。

□　7）倫理委員会、治験センターもしくは臨床研究センターが設置されていること。

□　8）日本血液学会、日本内科学会、日本小児科学会、同地方会および関連学会(カリキュラムに記載)に血液学に関連する演題を５年間の平均で年に３演題以上発表していること。

□　9）教育施設と密な連携が取れる体制を構築していること。

以　上