（専門医書式第１号）

受験番号：

（記入不要）

救急科専門医申請書

兼会員歴証明書

日本救急医学会　御中

日本救急医学会指導医・専門医制度による、救急科専門医の認定を申請いたします。

記入日（西暦）　　年　　月　　日

フリガナ		会員番号	
申請者氏名（署名）	㊞	前回受験年	（西暦）　　年
勤務先	施設名		
	科・部名		
	職名		
	〒 TEL：　　FAX：		
自宅住所	〒 TEL：		
E-mail	※救急科専門医に認定された場合、更新時期などの重要なお知らせにも使用するため、それに適したメールアドレスの登録をお願いします		

勤務先・自宅住所・Email については会員データとして登録いたします。

【事務所記入欄】（以下は記入しないでください）

日本救急医学会会員歴証明書

上記の会員は、
申請時において、継続して３年以上本学会の会員であることを証明する。

年　　月　　日

一般社団法人
日本救急医学会

（専門医書式第２号）

履 歴 書

顔 写 真

５×４cm

（最近３ヶ月以内に撮影した写真を貼付すること）

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生 年 月 日：(西暦)　＿＿＿＿＿＿年　＿＿月　＿＿日

卒業学校名：＿＿＿＿＿＿＿＿大学　＿＿＿＿年＿＿＿月卒業

医籍登録番号：＿＿＿＿＿＿＿＿医籍登録年月日：＿＿＿＿年　＿＿月　＿＿日

職歴：勤務施設は、科・部名、職名まで記入のこと
勤務施設が救急科専門医指定施設の場合は、認定番号を[　　]内に記入すること
記入欄不足の場合は、本書式をコピーすること

勤務期間（西暦）	勤務施設、科・部名、職名	専門医指定施設認定番号	指定施設での救急専従歴	非指定施設での救急専従歴	救急兼任歴
卒後初期臨床研修の救急専従歴（医籍登録年月日以降）を申請する場合には、下記に記載（専従歴を申請しない場合は記載不要。兼任歴は記載不可。）					
年　月　日～ 年　月　日		[　　]	ヶ月	ヶ月	－ヶ月
年　月　日～ 年　月　日		[　　]	ヶ月	ヶ月	－ヶ月
年　月　日～　年　月　日	上記のうち、最小単位は連続して１か月以上として最大３か月まで専従歴に加算可能。救急専従にカウントする３か月間を左に記載				
後期臨床研修以降から 2027 年 3 月（見込み）に至るまでの職歴をすべて下記に記載 休職・留学・救急勤務歴以外の勤務等についても記載し期間にブランクが生じないようにすること 大学院生は職歴にあたりません。診療部門の職名を記載ください					
年　月　日～ 年　月　日		[　　]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年　月　日～ 年　月　日		[　　]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年　月　日～ 年　月　日		[　　]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年　月　日～ 年　月　日		[　　]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年　月　日～ 年　月　日		[　　]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年　月　日～ 年　月　日		[　　]	ヶ月	ヶ月	ヶ月
	現在に至る	合計	ヶ月	ヶ月	ヶ月

※専従とは　1）救急部門に所属すること。
2）救急部門の診療に従事すること。
※職員就業規則等において正規職員に定められた勤務時間を救急部門での業務に従事すること
3）専従歴の最小単位は連続して３か月以上とし、専従歴に加算することができる。
卒後初期臨床研修に関しては、専従歴の最小単位は連続して1か月以上とし、最大3か月まで専従歴に加算することができる。

なお、専任歴については、一括して兼任歴として扱う。

他学会の認定医、専門医、指導医等を取得している場合は、その名称・登録番号・取得年月日を下記に記入のこと

名称	登録番号	取得年月日
		年　月　日
		年　月　日
		年　月　日

専門医指定施設認定番号＿＿＿＿＿＿＿＿　　（専門医書式第３号の１）

救急勤務歴証明書【救急専従歴】

申請者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病 院 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　救急部門名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所 在 地：〒

電話番号：

救急部門における専従期間：
（西暦）　　年　　月　　日～　　年　　月　　日　　計　　ヶ月

専従の内容：１週あたりの救急専従日数：＿＿＿＿日/週、 １日あたりの救急専従時間：＿＿＿＿時間/日

救急部門年間患者総数	名
救急部門年間救急車搬送患者総数	名

（申請者が勤務した期間のうち、最新の一年間の数字を記載すること。）

以上の通り証明します。

年　　月　　日

病院名：
病院長名：　　公印

救急部門長署名：　　㊞
役職：

指導者
救急科専門医署名：　　㊞
救急科専門医番号：

（救急科専門医が不在の場合）
認証資格者署名：　　㊞
日本救急医学会会員番号：

専門医指定施設認定番号＿＿＿＿＿＿＿＿　　（専門医書式第３号の２）

救急勤務歴証明書【救急兼任歴】

申請者氏名：

病 院 名：　　科・部名：

所 在 地：〒

電話番号：

兼任として救急診療を行った期間：
（西暦）　　年　　月　　日～　　年　　月　　日　　計　　ヶ月

兼任の内容：1 週あたりの救急兼任回数：＿＿＿回/週（半日・一日・夜間のみ・その他　　）

	①救急部門	②病院全体
年間救急患者総数	名	名
年間救急車搬送患者総数	名	名

（申請者が勤務した期間のうち、最新の一年間の数字を記載すること。
独立した救急部門に勤務した場合は①に記入し、それ以外（病院に救急部門がない場合を含む）は②に記入すること。記入は①②のいずれか１つで良い。）

以上の通り証明します。

年　　月　　日

病院名：
病院長名：　　公印

所属長署名：　　㊞
役職：

指導者
救急科専門医署名：　　㊞
救急科専門医番号：

（救急科専門医が不在の場合）
認証資格者署名：　　㊞
日本救急医学会会員番号：

新規申請提出書類チェックリスト　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

＊必ず確認をし、確認欄に✔印を記入していくこと。

書式	チェック項目	確認
―	（申請資格の確認）日本救急医学会専門医認定制度にて、2025 年までに第二次（診療実績）審査に合格していますか	
書式第１号	捺印はありますか？	
書式第２号	勤務したすべての施設の勤務期間、勤務施設、科・部名、職名が記入していますか？ （卒後初期臨床研修については医籍登録年月日以降の救急専従歴のみ記入可）	
	救急専従歴の最小単位は連続して 3 か月以上になっていますか？ （卒後初期臨床研修については、最小単位は連続して１か月以上となっていますか？）	
	専門医指定施設認定番号は記入していますか？（指定されている場合のみ）	
	本年３月末（見込み）までの記入となっていますか？	
書式第３号の１	書式第２号で救急専従歴としたすべての施設のものがそろっていますか？ （卒後初期臨床研修中の救急専従歴を申請する場合、その期間の書式第 3 号の 1 もありますか？）	
	専門医指定施設認定番号は記入していますか？（指定されている場合のみ）	
	現在の勤務先については本年３月末までの見込みで記入してありますか？	
	専従の内容を記入していますか？	
	病院長、救急部門長、救急科専門医ならびに認証資格者欄は、当時ではなく、現在その施設に常勤している者となっていますか？	
	救急部門長欄に救急部門長の直筆の署名と捺印はありますか？	
	救急科専門医欄に救急科専門医の直筆の署名と捺印はありますか？	
	（救急科専門医が不在の場合）認証資格者欄に認証資格者の直筆署名と捺印はありますか？	
書式第３号の２ ※兼任歴の申告がない場合は提出不要	書式第２号で兼任歴としたすべての施設のものがそろっていますか？	
	専門医指定施設認定番号は記入していますか？（指定されている場合のみ）	
	現在の勤務先については本年３月末までの見込みで記入してありますか？	
	兼任の内容に週の関与回数を記入し、該当する項目に◯印をつけていますか？	
	病院長、所属長、救急科専門医ならびに認証資格者欄は、当時ではなく、現在その施設に常勤している者となっていますか？	
	所属長欄に所属長の直筆の署名と捺印はありますか？	
	救急科専門医欄に救急科専門医の直筆の署名と捺印はありますか？	
	（救急科専門医が不在の場合）認証資格者欄に認証資格者の直筆の署名と捺印はありますか？	
書式第３号の１ 書式第３号の２	診療実績審査の際に記載できるのは、今回書式第 3 号が提出され、第 1 次審査で救急勤務歴に認められた施設ならびにその期間内の経験症例です。ただし、症例の有効期限は、申請年 3 月 31 日までの 10 年間。（診療実績審査の際に記載できる施設・期間は、4 月末に送付する第 1 次審査結果にて通知します） 救急勤務歴（専従・兼任）について書式第 3 号が揃っているか再度ご確認ください	
その他	申請手数料（11,000 円）の入金証明（ATM 利用明細、送金画面などのコピー）はありますか？	
	医師免許証のコピーはありますか？（白黒、A4 に縮小可）	