2020年度　救急科領域専門研修プログラム専攻医

救急科専門医新規申請について

＜申請資格＞

2020年3月末までに救急科領域専門研修プログラムを修了する者

＜提出書類＞

**下記の４点をご提出ください。**

１．2020年度救急科領域専門研修プログラム専攻医　救急科専門医申請書　正1部

２．救急科領域専門研修プログラム修了証明書　正1部

３．医師免許証のコピー（A4サイズに縮小可・白黒可）　1部

４．申請手数料の入金証明（ATM利用明細、送金完了画面等）コピー1部

申請書記載時の注意点

・記入の際は、黒または青のボールペン（インク）を使用すること。

・体裁が変わらない範囲であれば、ソフトウェアなどを利用し、PDFに直接入力したものを印刷するのも可。ただし、署名・押印が必要な箇所があるので注意すること。

・書き損じを訂正する際は、訂正部分に二重線を引き、訂正印を押すこと。プログラム修了証明書の訂正印は、プログラム責任者の印でなければならない。修正ペン・修正テープは不可。

＜提出締め切り＞

**2020年5月31日（日）【消印有効】**

締切日を過ぎて提出された申請書類は一切受理せず返却するので、ご注意ください

必ず、配達記録の残る方法（簡易書留、レターパックプラス、宅急便等）で送付し控えを保管しておくこと

＜申請手数料のお振込方法＞

申請手数料：**10,000円**について下記の要領にてお振込ください。

①振込人欄：「会員番号(会員ID) + 氏名（カタカナ）」　の順に記入（入力）してください。

会員番号（会員ID）は、会員専用ページ（e医学会）＞学会会員検索で調べられます。

（例）会員番号ya0001番 山田太郎先生の場合　⇒　YA０００１ヤマダタロウ

②振込先：

銀行名：三菱ＵＦＪ銀行　本郷(ほんごう)支店

　預金種別：普通預金

　口座番号：**１１４１０６３**

　口座名義：一般社団法人日本救急医学会(ｲﾂﾊﾟﾝｼﾔﾀﾞﾝﾎｳｼﾞﾝﾆﾎﾝｷﾕｳｷﾕｳｲｶﾞｸｶｲ)

＜プログラム修了要件（専攻医が会員専用ページ（e医学会）内の救急科専門研修管理システムに登録するもの）＞

下記URLからご確認ください

<https://www.jaam.jp/info/2020/files/info-20200219_2.pdf>

※2020年3月末を過ぎてもシステムへ実績登録は可能ですが、2020年度申請者の実績対象は2020年3月末までですので、3月末までに修了要件が満たせるよう登録することを推奨いたします。

＜2020年スケジュール＞

～5月末日　申請受付

～8月　　　審査結果を発送（郵送）

プログラム修了要件を満たしている場合は合格通知（筆記試験のご案内）を、満たしていない場合は不合格通知をお送りします。

満たしていない場合は、不合格通知を送付する前に追加登録の可否について確認します

10月10日　筆記試験（場所：TOC有明）

11月頃　　合否通知発送（郵送）

＜審査方法＞

下記3段階で審査する。

1.救急勤務歴審査：救急科領域専門研修プログラム修了により配点10点

2.診療実績審査：必要症例および必要な活動実績（講習参加等）を満たせば配点10点

3.筆記試験：80点満点

総合判定として、合計100点満点中、総得点70点以上を合格とする

＜連絡先ご確認のお願い＞

会員専用ページ（e医学会）に登録の連絡先にご連絡しますので、勤務先、ご自宅、メールアドレスの登録内容について、ご確認ください。

異動などの場合は、登録内容の変更をお願いいたします。

申請書類提出・問合せ先

**日本救急医学会　専門医係**

〒113-0033　東京都文京区本郷3-3-12

ケイズビルデイング3階

TEL.03-5840-9870　FAX.03-5840-9876

以上

（次ページから申請書データになります。印刷してお使いください。）

受験番号：

（記入不要）

2020年度救急科領域専門研修プログラム専攻医

**救急科専門医申請書**

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（署名）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日：（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日

日本救急医学会会員番号：

卒業大学：　　　　　　　　　　　　大学　　　　　　　年　　　月卒業

（最終学歴が大学院の場合は、職歴欄に記入のこと）

基幹施設名：

プログラム統括責任者名：

現在の勤務先：

現在の勤務先住所：〒

職歴：医籍登録日以降に申請者自身が勤務したすべての施設を記載（出向先も含める）

記入欄不足の場合は、この用紙をコピーして使用する（顔写真の貼付は1枚目のみで可）

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務期間（西暦）　　　　　（西暦） | 勤務施設、科・部名、職名 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
|  | 現在に至る |

救急科領域専門研修プログラム修了証明書

氏名

生年月日（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

研修期間（研修開始日～修了日）

（西暦）　　　　　年　　　月　　日～　　　　　　　　年　　月　　日

基幹施設名：

上記の者が救急科領域専門研修プログラムを修了したことを証明します

　　　　年　　　月　　　日

プログラム統括責任者　署名：

プログラム統括責任者の救急科専門医番号：