

【様式1】

年 月 日

日本サイコオンコロジー学会認定登録医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名

㊟

連絡先メールアドレス

日本サイコオンコロジー学会認定登録精神腫瘍医認定申請書

日本サイコオンコロジー学会認定登録精神腫瘍医の資格申請をいたしたく、下記の通り所定の関係書類を添えて申し込めます。

記

1. 履歴書（様式2）
2. 医師免許証（写し）
3. 日本サイコオンコロジー学会主催の講習会への参加証（写し）。
4. 学会のホームページへの氏名、所属名の掲載承諾書（様式3）
5. 精神腫瘍医として担当した患者または家族の症例リスト（計15症例・様式4）

以上

【様式2】

履 歴 書

(年号は西暦でご記入ください)

フリガナ				年 齡	歳
氏 名				性 別	男・女
所属施設			役職名		
所属機関 住 所	〒				
電 話			FAX		
学 歴	出身校： 年 月 卒業				
本 学 会 日 入 会 日	年 月 日 入会	本 学 会 会 員 番 号	7 1 3 -	-	
医師資格	年 月 日 取得				
職 歴* (診療科名を 明記)	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				

\*がん医療に携わった勤務先を優先して記載すること（研修医期間をふくめて5年以上の医師歴、1年以上のがん診療歴、3年以上の精神科医・心療内科の診療歴もしくは登録医に準ずる経験が必要）

【様式3】

一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会  
代表理事 殿

承 諾 書

私は、登録精神腫瘍医に認定された際は、氏名および所属施設名が日本サイコオンコロジー学会のホームページに掲載されることを承諾いたします。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

住 所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

以 上

【様式4】

年 月 日

日本サイコオンコロジー学会認定登録医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名

印

精神腫瘍医として担当した患者または家族の症例リスト  
(計 15 症例、申請時から過去5年以内の症例を有効とする。)

症例 番号	年齢	性別	がんの種類	精神医学的な診断名 (DSM か ICD のコードも記載すること。正常反 応の場合はその旨記載しコードは不要。)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				