【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みます。

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）

６．登録精神腫瘍医にふさわしい能力があることの自己申告書（様式５、精神科および心療内科において3年以上の診療歴がない場合のみ必要）

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 齢　　　　 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  入 会 日 | 年　　月　　日 入会 | 本 学 会  会員番号 | | ７１３－　　　　－ | |
| 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 | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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　　　　　　　　　　　　　　㊞

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 |  |  |  |  |