**日本内分泌学会認定教育施設　資格更新申請書 （脳神経外科）**

年 　　月 　　日

一般社団法人 日本内分泌学会　御中

当施設は、日本内分泌学会認定教育施設の認定規程により、認定教育施設としての資格更新を申請します。

施 設 名

診療科名

※施設名・診療科名は正式名称で記載して下さい。

診療科長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

診療科所在地

〒

TEL　　　　　　　　　　　　　／　FAX

当施設が、日本内分泌学会認定教育施設としての資格更新申請を行うことを認めます。

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

診療科所在地

〒

TEL

**認定教育施設の内容証明書**

年 　　月 　　日

下記記載項目に相違ありません。

施設名・診療科名

診療科長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

教育責任者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| （１）常勤する指導医の医師名    計　　　　名　　氏 名  常勤する指導医が不在の場合、専門医氏名および①②いずれかを記載。  常勤する専門医の医師名  計　　　　名　　　　氏 名  ①日本内分泌学会 　　　　 会員歴 　　　　年　※連続5年以上要  ②日本間脳下垂体腫瘍学会　会員歴 　　　　年（　　　　年 　　　月 入会）  ※連続10年以上要 |

|  |
| --- |
| （２）内分泌代謝疾患診療実績表  ５年間の疾患分野別の患者数を下記に記載してください。  ⅰ）機能性下垂体腺腫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名  ⅱ）非機能性下垂体腺腫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名  ⅲ）下垂体腺腫以外の下垂体近傍腫瘍性･腫瘤性病変　　　　　　 名  ⅳ）下垂体部炎症性･肉芽腫性疾患 名  ⅴ）下垂体前葉機能低下症　　　　　　　　　　　　　　　　　　名  ⅵ）下垂体後葉機能異常症　　　　　　　　　　　　　　　　　　名  ⅶ）間脳下垂体疾患に合併する内分泌･代謝･電解質異常　　　　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 総計　　　　　　　　 名 |

**指導医・専門医・専門研修医の報告書**

年　　月　　日

認定教育施設名：

（認定番号：第　　　　　　　　　　　　　号）

施設認定日： 年4月1日

報告対象期間：　2021年4月1日 ～ 2025 年　月 現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **指　導　医** | | |
| 氏　名（指導医認定番号） | | 在 籍 期 間（上記報告対象期間内） |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **専　門　医（上記指導医を除く）** | | |
| 氏　名（専門医認定番号） | | 在 籍 期 間（上記報告対象期間内） |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **専　門　研　修　医** | | |
| 氏　名（会員／非会員） | | 専 門 研 修 期 間（上記報告対象期間内） |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |
|  | (　　　　　　 ) | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 |

（注1）この用紙で不足の際は、別紙に同じ形式で氏名等を列記して下さい。

（注2）専門研修医は会員または非会員かを記入して下さい。