

# 日本リンパ腫学会 血液病理認定医 移行認定医申請書チェックリスト

## 移行認定医申請に必要な書類一覧

- ① 移行措置による血液病理認定医認定申請書
- ② 履歴書
- ③ 移行措置による血液病理認定医推薦書
- ④ 血液病理診断従事に関わる書類
- ⑤ 日本リンパ腫学会/リンパ網内系学会学術集会参加記録
- ⑥ 日本リンパ腫学会/リンパ網内系学会学術集会における発表の記録
- ⑦ 血液病理診断実績リストおよび血液病理診断書の写し（60 症例以上）
  - ※ 診断書の写しの提出にあたり、患者の個人情報保護に留意すること。患者氏名（漢字、カナ氏名）、イニシャル、患者カルテ番号、生年月日、住所、連絡先等はコピーの範囲外とする、もしくはしっかりと塗りつぶすなどして判読不可能にすること。個人情報が判読可能な場合は再提出が必要になります。
  - なお病理標本番号もしくは診断日、受付日、採取日いずれかはそのまま確認できるようにすること。
  - その他、血液病理診断実績リスト<注意事項>の通りに提出すること
- ⑧ 血液関連疾患に関する査読付き論文（PubMed 掲載欧文誌）10 編以上（写）
  - ・ 少なくとも 2 編は筆頭著者等論文（申請者が筆頭著者、equal contributor、責任著者、または最終著者である論文）であること
  - ・ 査読された論文のみ有効で、Correspondence など査読されていない論文は無効です。
  - ・ 他の申請者との論文重複可
  - ・ JCEH に掲載された論文 1 編は 2 編とカウントします。ただしそれが筆頭著者等論文であっても筆頭著者等論文は 1 編とカウントします。
  - ・ 論文の 1 ページ目等、論文題名などの論文情報、抄録及び著者のリストが記載されているページのみ印刷して提出してください。
- ⑨ 病理専門医・口腔病理専門医の認定証（写）
  - ・ 最新の専門医更新状態がわかる認定証の写しを提出すること
- ⑩ 移行措置による資格審査料および認定審査料の振込みを証明する記録（写）

## 記載上の注意事項

- 申請書類整理のため、① 移行措置による血液病理認定医認定申請書 の枠外上の「\*申請者所属：、申請者氏名：」を記入ください。この欄で記入しますと、それ以降のページで自動入力されます。当該箇所をダブルクリックすると、記入可能になります。あるいは Word のタブにある「挿入」→「ヘッダー」→「ヘッダーの編集」からも入力可能です。
- 可能な限り A4 サイズにて申請書類を提出してください。

\* 申請者所属:

申請者氏名:

## ① 移行措置による血液病理認定医認定申請書

一般社団法人日本リンパ腫学会 理事長 殿

西暦 20 年 月 日

フリガナ	姓	名	生年月日
申請者氏名 (※自筆署名です)			西暦 年 月 日
医籍登録番号	第 号	医籍登録年月日	西暦 年 月 日
日本リンパ腫学会 会員番号			
病理専門医/ 口腔病理専門医	登録番号 専門医認定期間		
現住所 (自宅)			
電 話		F A X	
E-mail			
勤務先名			
所属 職名			
住所 (勤務先)	〒		
電 話		F A X	

※ 申請時点において病理専門医であることを証明する資料 (写) を添付する事。その際、最新の専門医更新状態がわかる認定証の写しを提出すること

\* 上記申請者の所属・氏名の入力 は Word の上のタブにある、挿入 → ヘッダー → ヘッダーの編集より入力してください

\* 申請者所属:

申請者氏名:

## ② 履歴書

西暦 年 月 日

学歴および過去の勤務施設を記載すること

### 学歴

西暦	学歴 (大学以降)
西暦 年 月	大学 学部卒業
西暦 年 月	大学大学院修了
西暦 年 月	

### 勤務歴

期間	施設名
西暦 年 月～ 西暦 年 月	
西暦 年 月～ 西暦 年 月	
西暦 年 月～ 西暦 年 月	
西暦 年 月～ 西暦 年 月	
西暦 年 月～ 西暦 年 月	
西暦 年 月～ 西暦 年 月	
西暦 年 月～ 西暦 年 月	

\* 上記申請者の所属・氏名の入力には Word の上のタブにある、挿入 → ヘッダー → ヘッダーの編集より入力してください

\* 申請者所属:

申請者氏名:

### ③ 移行措置による血液病理認定医推薦書

一般社団法人日本リンパ腫学会理事長殿

上記の者を一般社団法人日本リンパ腫学会移行血液病理認定医候補者として推薦します。

推薦者

氏名: \_\_\_\_\_ (※推薦者の自筆署名です)

西暦                      年                      月                      日

所属:                       血液病理認定医 (認定医番号: \_\_\_\_\_ )  
 日本リンパ腫学会理事  
 血液病理認定医制度委員会

#### <注意事項>

1) 日本リンパ腫学会移行血液病理認定医の推薦者は血液病理認定医制度委員会 (委員長または副委員長)、日本リンパ腫学会理事、または血液病理認定医による推薦が必要です。その区別がつくように□にマークして下さい。

\* 上記申請者の所属・氏名の入力 は Word の上のタブにある、挿入 → ヘッダー → ヘッダーの編集より入力して下さい

\* 申請者所属:

申請者氏名:

## ④ 血液病理診断従事に関わる書類

期間	施設名
西暦 年 月～ 西暦 年 月	
西暦 年 月～ 西暦 年 月	
西暦 年 月～ 西暦 年 月	
西暦 年 月～ 西暦 年 月	
西暦 年 月～ 西暦 年 月	

上記申請者は病理専門医または口腔病理専門医を取得後、3年間以上血液病理診断に従事した経験を有することを証明します。

氏名: \_\_\_\_\_ (※自筆署名)

西暦 年 月 日

- 血液病理認定医 (認定医番号: \_\_\_\_\_ )
- 日本リンパ腫学会理事
- 血液病理認定医制度委員会
- 所属部門責任者 (施設名: \_\_\_\_\_ )

### <注意事項>

1) 血液病理診断実績について血液病理認定医、日本リンパ腫学会理事、血液病理認定医制度委員会 (委員長または副委員長)、または所属部門長による証明が必要です。その区別がつくように口にマークして下さい。

\* 上記申請者の所属・氏名の入力 は Word の上のタブにある、挿入 → ヘッダー → ヘッダーの編集より入力してください

\* 申請者所属:

申請者氏名:

## ⑤ 日本リンパ腫学会/リンパ網内系学会 学術集会参加記録

血液病理認定医の申請には、過去5年間に日本リンパ腫学会/リンパ網内系学会学術集会に少なくとも2回以上の参加が必要です。

学術集会情報	開催地	開催期間
第 回日本リンパ腫学会/リンパ網内系学会学術集会		年 月
第 回日本リンパ腫学会/リンパ網内系学会学術集会		年 月

<注意事項> 上記の参加を証明する資料（写）を添付してください。

\* 上記申請者の所属・氏名の入力 は Word の上のタブにある、挿入 → ヘッダー → ヘッダーの編集より入力してください

\* 申請者所属:

申請者氏名:

## ⑥日本リンパ腫学会/リンパ網内系学会学術集会 における発表の記録

直近の5年間における日本リンパ腫学会/リンパ網内系学会学術集会での発表を1件以上報告すること。申請者は筆頭発表者である必要はない。予備2件まで追加記載可とする。

筆頭発表者名 と申請者名	
演題名 学会名 開催年月	第 回日本リンパ腫学会/リンパ網内系学会学術集会 西暦 年 月
筆頭発表者名 と申請者名	
演題名 学会名 開催年月	第 回日本リンパ腫学会/リンパ網内系学会学術集会 西暦 年 月
筆頭発表者名 と申請者名	
演題名 学会名 開催年月	第 回日本リンパ腫学会/リンパ網内系学会学術集会 西暦 年 月

### <注意事項>

抄録の写しを添付してください。抄録の写しには学術集会開催年を明記してください。また本人の氏名に下線を引いてください

\* 上記申請者の所属・氏名の入力 は Word の上のタブにある、挿入 → ヘッダー → ヘッダーの編集より入力してください

\* 申請者所属:

申請者氏名:

## ⑦ 血液病理診断実績リスト

申請者氏名: \_\_\_\_\_ (※自筆署名です)

申請に必要な実績として、申請時より過去5年間に行った60症例以上の病理診断書(写)とともに本リストを提出してください。

施設が複数にわたる場合は本リストをコピーし、作成してください。

申請症例の内訳

総数	症例
リンパ節病変または節外病変の症例数	症例
骨髄病変の症例数	症例

(施設名: \_\_\_\_\_)

### <注意事項>

#### 症例について

症例とは、1回の病理診断依頼に対して行われた診断とする(病理報告書番号単位で考える)。

(例1) 1患者に時期の異なる2回の生検が行われ、それぞれの診断がなされた場合、2症例とする。

(例2) 1回の上部消化管生検で、胃リンパ腫と十二指腸リンパ腫と診断しても2症例とはしない。この場合はどちらか一つを申請する。

#### 病理診断書の提出

① 申請症例は血液腫瘍性疾患(疑いも含む)と診断された症例とします。WHO血液腫瘍分類に登録されている疾患、および非腫瘍性疾患であってもIgG4関連疾患などWHO血液腫瘍分類第5版に登録されているものであれば使用できます。骨髄病変としては「正形成髄や低形成髄、過形成髄」のみの診断書は使用できません。

② 診断医として申請者の名前が診断書に記載されているもののみ有効です。

③ 症例数の算定

イ、リンパ節病変または節外病変を最低10症例、骨髄病変を最低10症例含むこと

ロ、申請症例は病院や病理学教室などにおいて適切に管理されている症例であること

ハ、申請症例として検査会社からの症例は認めない

ニ、1患者について複数症例の申請を認める

ホ、提出にあたり、患者の個人情報保護に留意すること。患者氏名(漢字、カナ氏名)、イニシャル、患者カルテ番号、生年月日、住所、連絡先等はコピーの範囲外とする、もしくはしっかりと塗りつぶすなどして判読不可能にすること

個人情報が判読可能な場合は再提出が必要になります。

なお病理標本番号もしくは診断日、受付日、採取日いずれかはそのまま確認できるようにすること

ヘ、病理診断書(写)の右上に、A. リンパ節病変または節外病変とB. 骨髄病変の区別(AまたはB)ならびにそれぞれの診断書に通し番号を記入すること(例:A1)

④ 上記の診断書のコピーにつき、ホッチキスやクリップ等で留めていただかなくて問題ありません。

\* 上記申請者の所属・氏名の入力にはWordの上のタブにある、挿入 → ヘッダー → ヘッダーの編集より入力してください