

臨床検査専門医 専門研修修了証明書

研修プログラム名：

専攻医名：

上記の者は、日本専門医機構規定による臨床検査領域専門研修プログラム／カリキュラムを修了したことを証明する。

202 年 月 日

専門研修プログラム統括責任者：

施設名：

臨床検査専門医 専門研修修了通知書

日本専門医機構認定臨床検査専門医研修プログラム認定委員会 御中

専門研修プログラム名：

専攻医名：

上記専攻医の研修修了にあたり、プログラム管理委員会を開催し、各種書類の確認ならびに面接を行い、研修修了を確認したので報告します。

1. 研修を行った施設

○年○月～○年○月：○○大学病院

○年○月～○年○月：○○病院

* 当初の予定と異なる場合はその理由を簡単に記載してください。

2. 面接の要約（特に態度、社会性についてコメントをお願いします）

202 年 月 日

専門研修プログラム統括責任者：

施設名：

	受講し、記録を保存し認定審査時に提出する。		ど連絡します)
地域医療の 経験*	<p>(1) 都道府県または臨床衛生検査技師会が実施している臨床検査外部精度管理事業に指導医とともに参加し、その概要と問題点を記録する。</p> <p>(2) 基幹施設の所在する都道府県または隣県の医療機関で、臨床検査専門医が不在で臨床検査の指導を必要としている施設において、指導医が指導する際に立ち会い、地域支援のあり方と実際を研修する。</p> <p>(3) 地域内において種々団体が開催する臨床検査の啓発事業に積極的に参加し、協力する。</p> <p>以上をあわせて3回以上行い記録を残す。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	一部を提出(後ほど連絡します)
学術活動	臨床検査医学に関する論文報告(原著、症例報告、査読制度があるもの)、または日本臨床検査医学会学術集会における発表を行う。計3編以上(ただし、そのうち筆頭者として少なくとも1編以上)行う。	<input type="checkbox"/>	目録ならびに、抄録または論文のコピー(論文の場合は表紙のみ)を提出

*注1：COVID-19などの病原体の核酸検査のレポートも可とします。

*注2：COVID-19などの病原体の核酸検査の内部または外部精度管理のレポートも可とします。

*注3：フローサイトメトリーの報告書も可とします。

*新型コロナ感染症蔓延の影響で地域活動が行われなかった場合は、代替として、地域の臨床検査関連の何らかの活動について学習した簡単なレポートを提出してください。

例えば、都道府県単位の精度管理調査を学習し、自施設の成績ではなく、調査全体を考察してください。レポートの様式、回数は問いません。