（様式１－１）

日本専門医機構認定　臨床検査専門医 資格更新申請書

20　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 日本専門医機構　御中

フリガナ

氏　　名

生年月日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

勤務先名

勤務先住所　〒　　　　‐　　　　　　　　　TEL：

自宅住所　　〒　　　　‐　　　　　　　　　TEL：

学　　歴　　　　　　　年　　　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大学卒業

医籍登録番号　　第　　　　　　　　　　　　　号

医籍登録年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日

専門医登録番号　第　　　　　　　　 　号　　　初回認定日　　　　　　 年　　 　月　　　 日

現在の認定期間　　　　　　　年　　 　 月　　　　日　～　　　　　　年　　　 月　　　　日

学位　　あり　　　　なし

メールアドレス

（様式１－２）

勤務実態の自己申告（必須）

勤務実態の自己申告

直近１年間の勤務実態について記載してください。はい、いいえの欄は一方に○を付してください。

**勤務形態について**

1. 病院で臨床検査部門の常勤医師として勤務している（はい、いいえ）

勤務施設名(　　　　　　　　　)　　診療科・部署の名称（　　　　　　　　）

b. 診療所で臨床検査部門の常勤医師として勤務している（はい、いいえ）　　　　　　　　　 勤務施設名(　　　　　　　　　)

c. 病院または診療所で臨床検査部門の非常勤医師として勤務している

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（はい、いいえ）

複数ある場合はすべて記載

　　（　　）時間/週　勤務施設名(　　　　　　　　　)

　　（　　）時間/週　勤務施設名(　　　　　　　　　)

　　（　　）時間/週　勤務施設名(　　　　　　　　　)

d. 検診機関、臨床検査関連企業等で臨床検査に携わる医師として勤務している

　　 （はい、いいえ）

　 （　　）時間/週　勤務先(　　　　　　　　　　　)

業務内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（　　）時間/週　勤務先(　　　　　　　　　　　)

業務内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

e.　その他：a～ｄに該当しない場合

　　（　　）時間/週　　勤務先(　　　　　　　　　　　)

臨床検査に関連した業務の内容

　　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

（様式１－２）

専門医としての活動概要

**平均的な1週間あたりの診療関与時間**

* 診療活動・・・小計（　　　　）時間/週
  + コンサルテーション対応 （　　　　）時間/週
  + 検査結果コメントの作成 （　　　　）時間/週
  + 臨床検査のオーダ、実施 （　　　　）時間/週
  + 精度管理業務 （　　　　）時間/週
  + 外来・病棟における患者への検査説明等（　　　　）時間/週
  + その他（内容：　　　 ） （　　　　）時間/週
* 診療管理と教育活動・・・小計（　　　　）時間/週
  + カンファレンス （　　　　）時間/週
  + 診療に関わる委員会活動 （　　　　）時間/週

（臨床検査部運営委員会・精度管理委員会・感染対策委員会・輸血療法委員会等）

* + 学生・研修医・専攻医指導 （　　　　）時間/週
  + メディカルスタッフ指導 （　　　　）時間/週
  + 患者・家族等に対する教育啓発活動 （　　　　）時間/週
* その他の臨床的活動・・・小計（　　　　）時間/週
* 検診・健康相談対応 （　　　　）時間/週
* 臨床に関わる書類作成 （　　　　）時間/週

　　（外部精度管理報告書、臨床検査関連会議の議事録、等）

* 行政機関等の依頼に基づく調査と報告、提出書類の作成（　　　　）時間/週
* その他（内容： ）（　　　　）時間/週
* 専門医として相応しい病院外での医療活動・・・小計（　　　　）時間/週
* 外部検査機関での活動（内容： ）（　　　　）時間/週
* 外部医療機関の指導（内容： 　　　　）（　　　　）時間/週
* その他（内容：　　 　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　）時間/週

　　　（内容：　　 　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　）時間/週

　　　（内容：　　 　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　）時間/週