

職務経歴書

(西暦) 年 月 日～年 月 日	職 歴	施設長署名 印	認定病院の資格 有・無
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			

※全ての申請に共通する書類となります。申請の際にはコピーを提出し、原本はお手元に保管しておいて下さい。

※各施設における施設長の署名と公印の捺印が必要となります。（ご自身が施設長の場合は、自署の上、公印を捺印して下さい。）

会員番号：

氏名：

訂正がある際は、病院の公印を捺印下さい。職務経歴書
ゴム印でも可能です

院長名と病院の公印をお願い致します。

(西暦)	職	歴	施設長署名	認定病院の資格
××××年 ×月 ×日～	年 月 日	病院	院長	<input type="checkbox"/> 病院印 <input type="radio"/> 有・無
年 月 日	年 月 日	医療法人 病院	院長	<input type="checkbox"/> 病院印 <input type="radio"/> 有・無
年 月 日～	年 月 日	キメックセンター	センター長 ××××	<input type="checkbox"/> タクキ セ印 ンツ <input type="radio"/> 有・無
年 月 日～	年 月 日		印	<input type="radio"/> 有・無
年 月 日～	年 月 日		印	<input type="radio"/> 有・無
年 月 日～	年 月 日		印	<input type="radio"/> 有・無
		麻醉以外の科に在職されている場合もご記入下さい。（職務経歴書のみ）		
		数カ所に渡って職務のある方（非常勤）も必ず証明をお取り下さい。		
年 月 日～	年 月 日		印	<input type="radio"/> 有・無

※全ての申請に共通する書類となります。申請の際にはコピーを提出し、原本はお手元に保管しておいて下さい。
※各施設における施設長の署名と公印の捺印が必要となります。（ご自身が施設長の場合は、自署の上、公印を捺印して下さい。）

プランクの期間（出産、育児等）につきましては、ご自身で補足書類（別紙）を
ご提出下さい。また留学されている場合は在学証明書、研究要旨をご提出下さい。

会員番号： 1 2 3 4 5
氏名： 麻酔太郎

必ずご記入下さい。

麻酔経歴書

(西暦) 麻酔科関連業務歴	責任者 (指導医／専門医) 署名	認定病院の資格
年 月 日～ 年 月 日	印	有・無
年 月 日～ 年 月 日	印	有・無
年 月 日～ 年 月 日	印	有・無
年 月 日～ 年 月 日	印	有・無
年 月 日～ 年 月 日	印	有・無
年 月 日～ 年 月 日	印	有・無
年 月 日～ 年 月 日	印	有・無

※全ての申請に共通する書類となります。申請の際にはコピーを提出し、原本はお手元に保管しておいて下さい。
 ※各施設における麻酔科責任者の署名と捺印が必要となります。（ご自身が麻酔科責任者の場合は、施設長の
 署名と捺印が必要です。）

会員番号：
 氏名：

() 年度 臨 床 実 績 報 告 書 (年 月 日 ~ 年 月 日)

	勤務状況 (日/週)	分類／手術部位別	担当症例数	指導症例数
麻酔	/週	分類		
		全身 麻酔 (吸入)	例	例
		全身 麻酔 (TIVA)	例	例
		全身 麻酔 (吸入) + 硬・脊・伝麻	例	例
		全身 麻酔 (TIVA) + 硬・脊・伝麻	例	例
		脊麻 + 硬膜外麻酔 (CSEA)	例	例
		硬膜外 麻酔	例	例
		脊髄くも膜下麻酔	例	例
		伝達麻酔	例	例
		その他	例	例
		手術部位別		
		開頭	例	例
		開胸	例	例
		心臓・大血管	例	例
		開胸 + 開腹	例	例
ペイン クリニック	/週	分類		
		神経因性疼痛例	例	例
		帯状疱疹ならびに帯状疱疹後神経痛	例	例
		複合性局所疼痛症候群 (CRPS)	例	例
		求心路遮断性疼痛	例	例
		三叉神経痛	例	例
		頭痛・顔面痛 (神経因性疼痛を除く)	例	例
		耳鼻科・眼科疾患 (顔面神経麻痺など)	例	例
		筋骨格系疼痛 (頸肩上肢痛・腰下肢痛)	例	例
		末梢血行障害・多汗症	例	例
		癌性疼痛	例	例
		その他	例	例
		治療法		
		星状神経節ブロック	例	例
		三叉神経ブロック	例	例
		硬膜外ブロック	例	例
		くも膜下ブロック	例	例
		胸・腰部交感神経節ブロック	例	例
		胸腔鏡下胸部交感神経遮断術	例	例
		内臓神経ブロック(腹腔神経叢、上下腹神経叢)	例	例
		神経根・末梢神経ブロック	例	例
		その他のブロック	例	例
		脊髄硬膜外通電法	例	例
		薬物療法	例	例

*集中治療部・救急部については裏面に記入して下さい。

*年度の途中で異動された場合(非常勤施設がある場合)は、本用紙をダウンロードして各施設での臨床実績報告書を全てご提出下さい。

【勤務先・住所】

【氏 名】

麻酔科責任者 (自署)

*上記記載に誤りがないことを証明します。

(西暦)

年 月 日

() 年度 臨床実績報告書 (年 月 日 ~ 年 月 日)

	勤務状況 (日 / 週)	分類／手術部位別	担当症例数	指導症例数
集中治療	/ 週	術後	心臓外科 大血管外科 消化器外科 脳神経外科 外傷 その他	例 例 例 例 例 例
		内科的管理	心不全 呼吸不全 敗血症 その他	例 例 例 例
			人工呼吸 血液浄化療法 補助循環 その他	例 例 例 例
				例 例 例 例
				例 例 例 例
		特殊な治療法		例 例 例 例 例 例 例 例 例 例
				例 例 例 例 例 例 例 例 例 例
救急	/ 週	分類	心停止 ショック 心筋梗塞 呼吸不全 脳外傷 多発外傷 その他	例 例 例 例 例 例 例 例
				例 例 例 例 例 例 例 例
				例 例 例 例 例 例 例 例
				例 例 例 例 例 例 例 例
		治療法	心肺蘇生 (ACLS) 補助循環 気管挿管 / 人工呼吸 開胸 その他	例 例 例 例 例 例 例
				例 例 例 例 例 例 例
				例 例 例 例 例 例 例 例

* 年度の途中で異動された場合(非常勤施設がある場合)は、各施設での臨床実績報告書を全てご提出下さい。
【勤務先・住所】

【氏名】

麻酔科責任者 (自署)

* 上記記載に誤りがないことを証明します。

(西暦) 年 月 日

麻酔科指導医実績目録（新規）

1) 学術集会への参加による実績 (麻酔科学会主催に限ります)

番号	回	学 会 名	会期（西暦年月日～日）	開催地（都・市）	会長名（所属）	単位
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
40 単位以上						

* 学術集会等への参加による実績には、麻酔科学会年次学術集会への参加による実績を最低1回は含まなければなりません。

* 実績目録には実績を証明する実績証明書類のコピーを添付して下さい。

会員番号：

氏 名：

2) 指導実績(新規)

①研究指導実績

1 学会発表

— 92 —

番号	筆頭発表者名	演題名	回	学 会 名	西暦年月日	単位
1 - (1)						
1 - (2)						
1 - (3)						
1 - (4)						
1 - (5)						
1 - (6)						
1 - (7)						
1 - (8)						
①小計						

*実績目録には実績を証明する実績証明書類のコピーを添付して下さい・

会員番号：

氏 名：

2 学術論文

- 93 -

番号	論文名	誌名	巻	頁	発行年	筆頭者	単位
2 - (1)							
2 - (2)							
2 - (3)							
2 - (4)							
2 - (5)							
2 - (6)							
②小計							
(1) ①+②=総計							

*実績目録には実績を証明する実績証明書類のコピーを添付して下さい。

会員番号：

氏 名：

②臨床指導実績	1年	2年	3年	4年	5年	合計
麻醉管理症例						
救急・集中治療例						
ペインクリニック・術後疼痛管理症例						
緩和医療症例						
						(2) 合計

*添付書類として臨床指導実績表の算定表を提出して下さい (単位申請年度分)。臨床指導実績表はホームページからダウンロード出来ます。

③医師指導実績	1年	2年	3年	4年	5年	合計
						(3) 合計

*添付書類として医師指導単位表を提出して下さい (単位申請年度分). 医師指導単位表はホームページからダウンロード出来ます.

⑤社会活動実績

*添付書類として実施したことを証明する資料（コピー可）を提出して下さい。

$$(1) + (2) + (3) + (4) + (5)$$

会昌番号：

氏 名：