

## 公益社団法人 日本小児科医会「子どもの心」相談医 新規登録申請要項

下記要項で申請書をご提出願います。

1. 別紙の申請書に記載の書類を添え、日本小児科医会事務局（〒105-0013 東京都港区浜松町 2-8-14-8F）まで郵送下さい。同封する書類は、申請書、払込票コピー、日本小児科学会専門医証コピー、アンケート用紙だけです。研修会の質疑等は、別に郵送して下さい。
  - ・研修会当日の受講票（又は WEB 視聴記録）は、事務局で保存してあります。
  - ・日本小児科学会専門(認定)医証のコピーは縮小して頂いて結構です。適当に折り畳んで同封して下さい。また、カラーコピーでなくても結構です。
  - ・日本小児科学会専門医証の期限が切れていないかのご確認をお願い致します。**申請する年の10月1日**が含まれているものが有効です。
2. 申込書の締切は、**本年8月5日必着**とします。
  - ・受講していても申請書が提出されない場合は、登録されません。
  - ・今回の申請を見送られた方は、次年度に限り申請する事が出来ます。(次年度に申請される場合、審査料を審査年度(来年4月以降)にお振込み下さい。)
  - ・相談医認定審査会は、年1回(8月下旬から9月上旬)に開催致します。
3. 申請書の記載は、**すべて楷書**でお願いいたします。
  - ・御氏名は略さずに登録証に記載するとおりに御記名ください。
  - ・勤務先は登録医名簿に掲載され、関係各所に配布されます。また、一般の方に向けホームページ上でご紹介をしておりますので、**実際に診療している勤務先をご記入下さい。**
  - ・会員名簿とは異なるご勤務先を掲載する事も可能です。
  - ・相談医名簿に勤務先住所掲載を希望されない場合は勤務先は空欄とし、**赤色で『非掲載』**とご記入下さい。この場合はお名前だけの掲載となります。お名前の掲載も希望されない場合は別途ご連絡下さい。
  - ・複数の勤務先掲載をご希望の際は申請書をコピー頂き、複数の勤務先をお知らせ下さい。
  - ・申請内容に変更が生じた場合はすぐに事務局までご連絡下さい。また、登録後に会員名簿変更（住所変更等）があった場合に、相談医名簿掲載を同様に修正するか否かについて☐を記入頂く欄がございます。無記入の場合は、「会員名簿とは別登録」として受付致します。記入漏れの無いようご注意下さい。尚、会員名簿の登録が不明の場合は事務局までお問合せ下さい。
4. 審査料は、5,000円(うち消費税 10% 455円)です。

※郵便局備え付けの払込取扱票をご利用下さい。ご依頼人欄には申請者のご住所、電話番号、氏名、会員番号をご記入下さい。

(振込先) 郵便振替口座番号 ; 00150-8-107710  
加入者名 ; 公益社団法人日本小児科医会「子どもの心」相談医

  - ・領収書（コピー）を申請書に添えてご提出下さい。
5. 研修会に関するアンケートは、申請書と同封してお送り下さい。今後の研修会運営の参考にさせていただきます。
6. ご申請頂きました書類は9月初めの審査委員会にて審議後、同年10月1日より「子どもの心」相談医として登録させて頂く事になっております。

尚、審査会の結果通知は10月1日の相談医名簿等の発送を以って代えさせていただきます。（10月中に関係書類が未着の場合は医会事務局までご連絡をお願い致します。）
7. ご不明の点は公益社団法人日本小児科医会事務局までお問い合わせ下さい。

但し、メールによるお問合せの際には、**必ず「件名」に「子どもの心新規申請の件」とご記入下さい。**件名の無いメールは迷惑メールとして破棄してしまう可能性もございますので協力の程お願い致します。

(FAX : 03-6435-9331、E-Mail : m-masuda@jpa-office.org)

備考) 日本小児科学会専門医証提出について

主として小児科診療をされている方に取得して頂く為申請要件とさせて頂いております。但し、専門医と同等の小児医療に十分な学識経験を有する事を証明するものとして当会所定の推薦書及び先生の活動歴（医師資格取得後 6 年以上経っている事が条件の 1 つとなります）でも申請頂けます。

公益社団法人 日本小児科医会  
「子どもの心」相談医 申請書

公益社団法人 日本小児科医会会長 殿

公益社団法人日本小児科医会の研修を受講しましたので、下記書類を添付し、「子どもの心」相談医登録を申請いたします。

記

1. 日本小児科学会専門医証（コピー）※認定期間をご確認下さい。
2. 審査料 5,000円（郵便振替払込票、またはコピー）※うち消費税10% 455円

以上

記入日 西暦 年 月 日

（すべての記載は、楷書にてお願い致します。詳細は申請要項3をご覧ください。）

氏名	㊟ ※ご捺印下さい。
会員番号	※当会刊行物送付時のラベル等をご確認下さい。
都道府県 小児科医会	都道 府県 小児科医会

※実際に診療している勤務先をご記入下さい。

※「子どもの心」相談医名簿は厚生労働省等の関係団体に配布させて頂きます。また、同名簿は当会ホームページに公表します。どうしても勤務先ご住所の公表を望まない方は、「非掲載とだけ赤色で記載願います。」住所非掲載の場合は名簿にはお名前のみ掲載致します。お名前の掲載も希望されない場合は別途ご連絡下さい。

勤務先住所	〒 -
勤務先名称	
勤務先電話番号	※市外局番からお書き下さい。
相談医名簿掲載 勤務先について	※どちらか片方に☐をお願いします。 <input type="checkbox"/> 相談医名簿掲載勤務先と会員名簿の勤務先は常に同様とする (会員登録の変更届を頂いた場合相談医名簿も連動して変更する)。 <input type="checkbox"/> 相談医名簿掲載勤務先は会員名簿とは別の勤務先とする。 (会員登録の変更等があった場合相談医名簿の勤務先とは連動させない)

※事務局使用欄

受領年月日	会員確認	認定審査会	理事会	相談医 No