

**応募書**

書式 1

日本門脈圧亢進症学会理事長 國分 茂博 殿

日本門脈圧亢進症学会技術認定制度の技術認定の取得を希望するので、以下の書類、ビデオを添え応募致します。

技術認定応募書

応募領域： 内視鏡的治療      IVR      手術療法      (いずれかに必ず○)

か

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

ローマ字表記 \_\_\_\_\_

学位(Ph.D.)の有無      無 ・ 有      (いずれかに○)

勤務先 \_\_\_\_\_

勤務先住所 〒 \_\_\_\_\_

勤務先電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ Fax 番号 ( ) \_\_\_\_\_

E メールアドレス \_\_\_\_\_

自宅住所 〒 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ Fax 番号 ( ) \_\_\_\_\_

E メールアドレス \_\_\_\_\_

連絡先              勤務先              自宅              (いずれかに必ず○)

日本門脈圧亢進症学会会員番号 5 2 7 - \_\_\_\_\_

各領域の専門医番号 \_\_\_\_\_ 学会 専門医 指導医 (いずれかに○)

番号： \_\_\_\_\_ 取得年月日 \_\_\_\_\_

2020 年      月      日

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

※委員会使用

審査料	委員会		
※	受付日時	受付番号	審査結果
	※	※	※

## 履歴書

書式2

2020年 月 日

フリガナ 申請者氏名			
門脈圧亢進症学会 会員番号	527— —	門脈圧亢進症学会 入会年度	西暦 年度
生年月日	昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女
現住所	〒  自宅電話番号( )		
出身校・卒業年			昭和・平成 年
医師免許証	医籍登録 号		
研修施設 (主に門脈圧亢進 症治療に従事した 施設)	年 月 年 月 年 月		
職歴 (最近のもの、全 て記載する 必要はない)	年 月 年 月 年 月 年 月 年 月		
加入学会	日本門脈圧亢進症学会		
賞罰			

## 教育セミナー参加証明書類

書式 3

参加した学会主催の教育セミナー（3 領域すべてを含む）について、その総会回数、参加日、セミナータイトル、領域名などを以下に記載し、それぞれの証明書類をコピーの上、記載順に添付してください。

	学会総会回	参加年月日	セミナータイトル (詳細にご記入ください)	領域 (いずれかに○)
1	第 回	年 月 日		内・IVR・手
2	第 回	年 月 日		内・IVR・手
3	第 回	年 月 日		内・IVR・手
4	第 回	年 月 日		内・IVR・手
5	第 回	年 月 日		内・IVR・手
6	第 回	年 月 日		内・IVR・手
7	第 回	年 月 日		内・IVR・手
8	第 回	年 月 日		内・IVR・手
9	第 回	年 月 日		内・IVR・手
10	第 回	年 月 日		内・IVR・手

## 症例一覧表

書式 4

( / 枚)

症例一覧表

申請者氏名

	診断名	治療手技	治療時間	合併症 (内容)
1.			分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2.			分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3.			分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4.			分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5.			分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6.			分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
7.			分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
8.			分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
9.			分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
10.			分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

注：①この用紙をコピーして、必要症例分を提出すること。記入の詳細は手引きを参照のこと。

②作成枚数を上記に明記し、症例一覧はまとめてホッチキス留めすること。

③最近の症例については、審査委員会がビデオの提出を求める場合がある。

④ビデオの提出可能なものに○印（最低1つ）、提出ビデオの症例に◎印を付けること。

⑤照合できるよう、所属施設内において、症例一覧上の番号に対応する患者姓名、年齢、性別、手術年月日のリストを作成し、管理すること。

**地区代表世話人ならびに所属長推薦書**

書式 5

日本門脈圧亢進症学会

理事長 國分 茂博 殿

私は、この度日本門脈圧亢進症学会技術認定を申請した\_\_\_\_\_氏の門脈圧亢進症に対する治療実績を考慮し、同氏が門脈圧亢進症に対する治療を独立した術者として遂行できる医学的知識および技量を持っていることを、証明し推薦致します。

2020年 月 日

所属長(科長・センター長・部長)

氏名\_\_\_\_\_印

所属\_\_\_\_\_

2020年 月 日

\_\_\_\_\_地区代表世話人

氏名\_\_\_\_\_印

所属\_\_\_\_\_

**ビデオ審査添付書**

書式6

申請者番号 \_\_\_\_\_ (事務局使用)

対象領域 \_\_\_\_\_

治療手技 \_\_\_\_\_

症例 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

診断 \_\_\_\_\_ 病期 \_\_\_\_\_

既往歴 \_\_\_\_\_

治療時間 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分 推定出血量 \_\_\_\_\_ g 硬化剤注入量 \_\_\_\_\_ ml

※IVR：主カテーテル留置時間 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分

術中合併症 \_\_\_\_\_

術後合併症 \_\_\_\_\_

術後在院日数 \_\_\_\_\_ 日

ビデオの形式 DVD

再生可能ソフト (WindowsMediaPlayer6.0 以上 ・ QuickTime 7.1.6 以上)

副ビデオ 有 (下記に内容を記載) 無

内容 \_\_\_\_\_

※ビデオの記録速度は通常のものとし、倍モードで記録されたものは不可。

治療手技のポイント (針やカテーテルのサイズなどの使用器具を含め、手技について何をポイントに施術されたかを具体的にご記入下さい。また治療歴があれば記載して下さい。)

**ビデオ症例の参考画像**

書式7

( / 枚)

申請者番号 \_\_\_\_\_ (事務局使用)

対象領域 内視鏡的治療 IVR (いずれかに○)

治療手技 \_\_\_\_\_

参考画像 (写真をL版で印刷しこの書式7に糊付けすること)

(添付画像に○)

内視鏡写真 (治療前) 内視鏡写真 (治療後) EVIS (3枚以上)  
3D-CT・血管造影 (治療前) 造影CT (治療前) 造影CT (治療後)

- 注：①この用紙をコピーして、必要枚数分提出すること。  
②作成枚数を上記に明記し、まとめてホッチキス留めすること。  
③副本についても正本と同様のものを添付する。

**承諾確認書**

書式 8-①

**ビデオ提出に関する患者承諾について**

この度、\_\_\_\_\_氏が、日本門脈圧亢進症学会技術認定制度に申請するにあたり、患者に十分な説明を行い、治療ビデオや参考画像(内視鏡写真、EVIS、CT画像等)の提出を承諾いただいたことを証明いたします。

また、治療ビデオや参考画像(内視鏡写真、EVIS、CT画像等)の一部が日本門脈圧亢進症学会のホームページ等を通じて教育目的に使用されることがあり、この際も、患者の名前や住所は一切公表しないことを説明し、承諾いただいたことを証明いたします。

施設名：\_\_\_\_\_

肩 書：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_ (印)

- ※ 本制度の主旨を説明し、書式 8-②の承諾書あるいはこれに類する承諾書（確かに納得されたことを証明し、患者本人あるいは事情のある場合には代理人の署名・捺印があるもの）に署名・捺印を得ること。
- ※ 承諾書は個人情報保護の観点から、本学会事務局に患者氏名が知られることを避けるため、所属長(科長)などが確認の上この用紙に署名・捺印し、この用紙のみを提出する。
- ※ 患者承諾書があることの確認のために、患者（あるいは代理人）が署名・捺印した承諾書と本用紙を重ね、確認者（上記署名人）が割り印する（割り印なき場合は無効とする）。
- ※ 確認者は所属長(科長)など、書類確認等に責任の持てる者とする。
- ※ 患者承諾書は必ず厳重に保管すること（もし必要があった際には提出できるようにしておくこと）。





↑ココに承諾書を合わせて割り印（2箇所とも書類確認者の印）する↑

日本門脈圧亢進症学会技術認定制度

## 承諾書

※同頁承諾書は申請書類と共に送付はせず、施設で保管すること。

書式 8-②

### 日本門脈圧亢進症学会技術認定申請への協力依頼について

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

あなたの治療のビデオや参考画像(内視鏡写真、EVIS、CT 画像等)を、日本門脈圧亢進症学会技術認定申請のため日本門脈圧亢進症技術審査委員会に提出することについてご承諾いただきたくお願い申し上げます。なお、この認定申請に協力するかどうかは、あなたの治療とは何ら関係がなく、ご協力いただけない場合でも不利益を受けることはありません。

#### 記

1. 技術認定制度の目的と方法について

この認定制度は、高度な技術が要求される門脈圧亢進症の治療に携わる医師の技量を評価し、所定の基準を満たした者を認定するものです。その際、医師の技量を評価する対象として申請者の治療ビデオが、技術審査委員会にて審査されます。

2. 技術審査委員会委員について

治療ビデオを判定する技術審査委員は、技術認定を取得した門脈圧亢進症の治療に精通し、実際に臨床に携わっている医師です。

3. プライバシー保護について

技術審査委員会並びに、審査事務を担当する日本門脈圧亢進症学会事務局には、あなたの名前や住所は一切公表しません。

4. 治療ビデオや参考画像の一部が、日本門脈圧亢進症学会のホームページ等を通じて教育目的に使用されることがあります。この際も、あなたの名前や住所は一切公表しません。

以上

#### 日本門脈圧亢進症学会技術認定申請に関する承諾書

年 月 日

担当医師 \_\_\_\_\_ 殿

担当医師より、私の手術ビデオを技術認定審査の対象として、日本門脈圧亢進症学会技術審査委員会に提出することについて説明を受けました。つきましては、上記認定申請のため、技術審査委員会に私の治療ビデオや参考画像を提出することを承諾致します。

<患者> 住所：

氏名： \_\_\_\_\_ 印

事情により本人が承諾の意志を表明できないため、本人に代わり承諾致します。

<代理> 住所：

氏名： \_\_\_\_\_ 印

## 業績一覧

書式 9

申請者番号 \_\_\_\_\_ (事務局使用)

氏名 \_\_\_\_\_

## 論文

著者名 (3名までを記入)	種別 ○で 囲む	表題	雑誌名/著書名	巻号頁	年度	Pp1
1	筆 ・ 共					<input type="checkbox"/>
2	筆 ・ 共					<input type="checkbox"/>

## 学会発表

演者名 (3名までを記入)	種別 ○で 囲む	演題名	学会名	年月日	場所	Abs
1	筆 ・ 共					<input type="checkbox"/>
2	筆 ・ 共					<input type="checkbox"/>
3	筆 ・ 共					<input type="checkbox"/>

- ※ 共著者あるいは共同演者としての業績も認められる。
- ※ 論文は本学会雑誌 1 編(司会・座長総括、テクニカルレポートなども可)含む必要あり。学会発表は本学会発表 1 つ含み、全国レベルあるいは本学会が認定する附置研究会、公認研究会での発表とする。
- ※ 論文の 1 ページ目、学会発表の抄録本文のコピーを添付したことの確認のため Pp1、Abs の欄にチェックすること。

**同意書**

書式 10

**ビデオ利用および氏名公開に関する意向について**

本学会教育委員会主催の教育セミナーにおいて貴殿の提出ビデオを教材として利用し、また審査の結果、合格し本制度取得者となった際に本学会ホームページにおいて、氏名・所属施設名を公開することにつき、同意の有無をお伺いいたします。なお、同意の有無は審査結果には一切影響致しません。

事務手続き上、本年度試験における同意の有無は本用紙を以って表明することとし、その後にこれを翻すことのないようご留意下さい。

**同意書**

- 1) 本学会教育委員会主催の教育セミナーにおいて、本制度審査委員が講師として講習を行う際に、提出された申請ビデオを教材として使用することに、審査結果の如何に関わらず

同意する

同意しない

- 2) 申請ビデオの一部が、日本門脈圧亢進症学会のホームページを通じて教育目的に使用されることに、審査結果の如何にかかわらず

同意する

同意しない

※ 1)、2) に関して同意する場合には、本制度委員会からの通告なくセミナー教材あるいはホームページを通じての教材として利用することを了承します。ただし、利用はそれら以外では使用しないこととする。

- 3) 審査の結果、合格し本制度取得者となった際に本学会ホームページにおいて、氏名・所属施設名を公開することに

同意する

同意しない

以上の通り、私の意向を表明いたします。

表明した意向の通りに適切に処理されることを望み、その限りにおいて異議・拒否の申し立ては致しません。

2020年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 応募書類確認書

書式 11

チェック欄が未記載の場合は書類審査時に書類不備とみなされ再提出対象となります

- (書式 1) 技術認定応募書
- (書式 2) 履歴書
- 専門医 (指導医) 認定証 (写)
- (書式 3) 本学会の教育セミナー参加証明書類 (書類のコピー)
- (書式 4) 治療症例一覧表
- (書式 5) 地区代表世話人ならびに所属長の推薦書
- 術者として行った門脈圧亢進症に対する治療の未編集ビデオ (コピー3部)
- 領域で必要とされる副ビデオ (コピー3部)
- (書式 6) 症例・治療経過説明のビデオ審査添付書
- (書式 7) ビデオ症例の参考画像 (手術療法は不要)
- (書式 8-①) 承諾確認書 (承諾書は施設にて保管)
- (書式 9) 門脈圧亢進症関連業績一覧
- (書式 10) 同意書
- 書式 1~10 ならびに DVD は 3 部作成(書式 7 の参考画像については単なるフォトコピーではなく、副本にもオリジナルと同等のものを添付する)
- 申請料金 10,000 円の払込受領書のコピー (書式 11 にホッチキスで添付)

**日本門脈圧亢進症学会技術認定制度の技術認定を取得致したく、以上の書類、ビデオを漏れなく提出致します。**

**また、これら書類、ビデオの記述、内容には一切偽りはありません。**

2020 年 月 日

施設名 ( )

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印