

日本門脈圧亢進症学会技術認定応募の手引き

1. 応募資格

- 1) 申請時に日本門脈圧亢進症学会会員であり、連続 3 年以上の会員歴を有していること（申請締切日までに年会費を完納していること）。
- 2) 各領域ごとに定める専門医であること（内視鏡的治療ならびに内視鏡的治療(EVL)：日本消化器内視鏡学会専門医あるいは指導医、IVR：日本医学放射線学会専門医(診断)もしくは日本 IVR 学会専門医または日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本外科学会専門医、手術療法：日本外科学会専門医）。
- 3) 各領域ごとに定める症例数を術者として経験していること（詳細は下記「症例一覧」の項参照）。術者とは主に治療を行ったものであり、1 症例 2 名を限度とする。
- 4) 各領域の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技量を持っていること。
- 5) 本学会主催の教育セミナー（3 領域すべてを含む）を受講していること。
- 6) 地区代表世話人の推薦を得ていること。
- 7) 門脈圧亢進症に関する十分な業績を有すること。

※同一の年度内に、多領域での申請はできません。1 領域で申請してください。

2. 申請書類（書式 1～11 と申請料払込受領書控）

- 1) 応募書（書式 1）
- 2) 履歴書（書式 2）
専門医認定証（写）（書式 2 に添付する）
- 3) セミナー参加証明書類（書式 3）
書式 3 に記入の上、証明書類(3 領域すべてを含む)のコピーを添付のこと。
- 4) 症例一覧表（書式 4）
 - ① 各領域ごとに定める症例について必要事項を記載する。
 - ・ 内視鏡的治療：申請時より 5 年以内に行われた食道・胃静脈瘤に対する内視鏡的硬化療法(EIS)および静脈瘤結紮術(EVL)、両者を含む術者として 25 例(EIS 3 例以上含む)。異所性静脈瘤は症例から除外。EIS とは、食道静脈瘤なら 5%EO による血管内注入法（EO 法）または 1%AS による血管外注入法（AS 法）を、胃静脈瘤なら Cyanoacrylate 系薬剤注入法（CA 法）を指す。また EIS 症例にはアルゴンプラズマ凝固法(APC)による地固めも含むが、少なくとも 1 例は EO 法ないしは AS 法、CA 法を含むこと。
 - ・ 内視鏡的治療(EVL)：申請時より 5 年以内に行われた食道・胃静脈瘤に対する内視鏡的硬化療法(EIS)および静脈瘤結紮術(EVL)、両者を含む術者として 25 例(EIS は含まなくても良い)。異所性静脈瘤や穹窿部胃静脈瘤に対する EVL は症例から除外。
 - ・ IVR:申請時より 5 年以内に行われた孤立性胃静脈瘤に対するバルーン下逆行性経静

脈的塞栓術(B-RTO、TJO を含む)および脾腫・脾機能亢進症に対する部分的脾動脈塞栓術(PSE) の両者を含む、術者として 10 例(バルーン下逆行性経静脈的塞栓術 5 例以上含む。バルーン下逆行性経静脈的塞栓術 10 例のみでも可。肝性脳症や異所性静脈瘤に対する B-RTO も可。)。経皮経肝的塞栓術(PTO)は症例から除外。

- ・ 手術療法：申請時より 5 年以内に行われた食道・胃静脈瘤や脾腫・脾機能亢進症に対する手術療法[直達手術(食道離断術、Hassab 手術など)、シャント手術(遠位脾腎静脈シャント術など)、脾臓摘出術(肝移植時や腹腔鏡手術含む)]の、術者として 5 例、または期間を問わず術者として 20 例。門脈圧亢進症を伴わない脾臓摘出術やデンバーシャントは症例から除外。

- ② 書式 4 をコピーして使用し、必要とされる症例数について提出すること。
- ③ 提出された DVD の状態が悪い場合や術式が不適切と判断された場合には、審査委員会より別 DVD の提出が求められる場合があるので、申請した DVD と領域の同じ術式の DVD を 1 症例準備し(未編集のもの、患者の承諾を得ておくこと)、該当の術式について症例一覧の番号に○印すること。
- ④ 所属施設内において、症例一覧の番号に対応する患者姓名、年齢、性別、手術年月日リストを作成、管理すること(症例一覧に記載することの承諾を得ることが望ましい)。

5) 地区代表世話人ならびに所属長の推薦書(書式 5)

申請者の施設の所属長(科長等)ならびに施設が位置する地区代表世話人の推薦状(それぞれの地区の代表世話人については学会ホームページ <http://www.jsph.gr.jp/>参照)。

6) ビデオ審査添付書(書式 6)

7) ビデオ症例の参考画像(書式 7)

8) 承諾書・承諾確認書(書式 8)

ビデオを技術審査用として技術審査委員会に提出することを患者に説明し、承諾を得ること。

9) 業績一覧(書式 9)

門脈圧亢進症に関する下記の論文を 2 編(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)、学会発表を 3 つ(本学会発表 1 つ含む)必要とする。

申請者には赤色の下線を引き、コピーを添え提出すること。

<論文(著書)>

- ・ 発表者、発表雑誌(著書)、発表年(発行年)が確認できるページ
- ・ 論文(著書)本文の 1 ページ目のコピー
- ・ 内容が門脈圧亢進症に関するものであれば、掲載誌は問わない。
- ・ 掲載時期は問わないが、掲載予定のものについては該当編集事務局の採用証明書を必要とする。
- ・ 筆頭著者・共同著者の別を問わない。

<学会発表>

- ・ 学会名、会期、演題名、発表者名、発表年月の確認できるページのコピー

- ・ 抄録本文のコピー。
- ・ 全国レベル以上のもの、あるいは本学会が認定する附置研究会、公認研究会のみ認められる。
- ・ 発表時期は問わないが、発表予定のものについては大会運営事務局の採用証明書を必要とする。
- ・ 筆頭演者・共同演者の別を問わない。

1 0) 同意書 (書式 10)

申請ビデオの教育目的利用や、ホームページ上での氏名公開に関する同意書に記入し提出する。

1 1) 応募書類確認書 (書式 11)

- ① 申請書類・ビデオなどが揃っていることをチェックする。
- ② 申請書類・ビデオの内容に誤りがないことを確認し、証明のため記名捺印する。

1 2) 申請料払込受領書控 (コピー)

- ① 申請料は 10,000 円とし、既納の申請料は返却しない。
- ② 銀行等で振込んだ際の払込受領書のコピー、ネットバンキングの場合は払込終了画面をプリントしたものを、書式 11 にホッチキスで添付すること。

1 3) 応募書類(書式 1~10)は DVD を含め、正本、副本を合わせ 3 部作成すること(内視鏡写真や画像写真などの書式 7 の参考画像については単なる photocopy ではなく、副本にもオリジナルと同等のものを添付すること)。

3. 申請ビデオ

- 1) 術者として最近行った門脈圧亢進症に対する治療の未編集 DVD (主ビデオ)。コピー 3 本を提出、オリジナルは手元にて保管のこと。
(未編集 DVD とは、原則として治療開始から治療終了までの全治療を記録したものとする。内視鏡的治療や内視鏡的治療(EVL)では内視鏡挿入から内視鏡抜去までを指す。IVR ではショートシースやガイドワイヤ挿入も含むが、透視を使用しない操作や体外操作時のカットは認める。)
- 2) 各領域で副ビデオの提出が必要とされる場合がある。主ビデオ同様に、コピー 3 本を DVD で提出すること。
- 3) DVD の記録速度は通常のものとし、倍速モードで記録されたものは審査不可とする。

<DVD について>

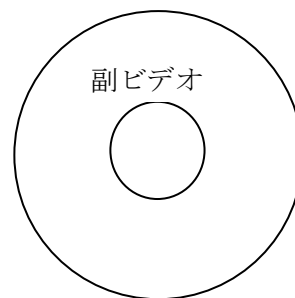
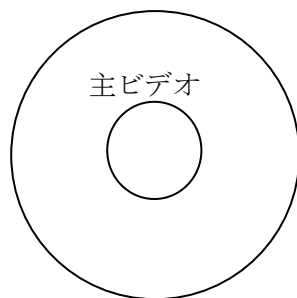
- ・ 記録メディアは DVD-R ディスクを使用すること。これ以外の DVD+R、DVD-RAM などは不可。
- ・ DVD レコーダーから複製する際には、「ビデオモード」を選択し最後に必ずファイナライズを行うこと。
- ・ mini DV より DVD にダビングした場合には画面が途切れる場合があるため、その旨記載すること。
- ・ 審査の際に DVD ディスクが確実に再生できるように留意すること (DVD はユニバ

一サルフォーマットでコピーし、WindowsMediaPlayer6.0以上、または、QuickTime 7.1.6以上で再生可能であること)。

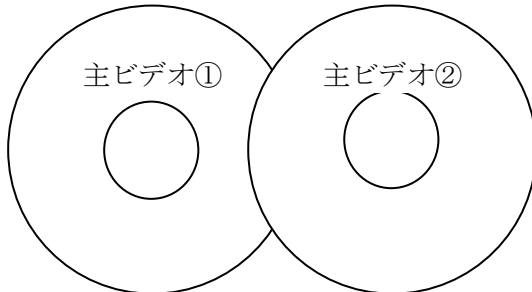
- DVDには、申請者・患者が特定される情報は一切記入・貼付しないこと。
- DVD録画内容に申請者・患者が推察され得る情報を入れないこと。
(申請者・患者が推察され得る情報があつた場合は審査不可(不合格)となる。)
- DVDが各2枚以上になる場合にはDVDの表面に、主ビデオ・副ビデオの別とその順番を明記すること(例：主ビデオ①・②、副ビデオ①・②など)

<DVD記載方法>

- 名前はDVDに記載しない。申請者・患者が推察され得る情報を入れて撮影しない。



- 主ビデオ、副ビデオが2本以上になる場合は、下記のように記入する。



4. 各領域別規定

- 1) 同一の年度で複数領域での申請は受付けないため、領域を1つ選択すること。
- 2) 提出されるDVDについては、領域により詳細に規定されているので、必ず下記の領域別規定を参照すること。

<内視鏡的治療>

- 審査対象手技を内視鏡的硬化療法(EIS)に限定する。EISとは、食道静脈瘤なら5%EOによる血管内注入法(EO法)または1%ASによる血管外注入法(AS法)を、胃静脈瘤ならCyanoacrylate系薬剤注入法(CA法)を指す。また5%EOによる血管内注入法(EO法)の透視下、非透視下は問わない。EVL+アルゴンプラズマ凝固法(APC)による地固めも含む。
- 時間制限は設けない。
- 透視下のEO法やCA法の場合にはEVIS静止画像(経時的に3枚以上、同一症例；

EVIS 透視画像の副ビデオも可)を書式 7 として提出すること。非透視下で CA 法施行の場合には治療前後の造影 CT 画像を提出すること。

- ・ 内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)と EIS の併用法(EVL・EO 併用法や EVL・AS 併用法、EVL・APC 地固め法)の場合には EVL の副ビデオ(同一症例)を提出すること。ただし EVL+APC の場合には主ビデオが主ビデオ①(EVL)、主ビデオ②(APC)として提出すること。
- ・ ビデオ症例の参考画像として治療前と静脈瘤の消失した治療終了時(1 クール治療終了後、潰瘍の癒痕治癒後が望ましい)の内視鏡写真を書式 7 として提出する。

<内視鏡的治療 (EVL) >

- ・ 審査対象手技を食道静脈瘤に対する内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)に限定する。
- ・ 食道静脈瘤の緊急止血のビデオと待期予防例の通常治療のビデオの2本のビデオ提出が必要である(別々の症例)。
- ・ 緊急止血のビデオはオーバーチューブ挿入前の観察の部分を含めること。
- ・ 時間制限は設けない。
- ・ 主ビデオ①(緊急止血)、主ビデオ②(通常治療)として提出すること。
- ・ 書式6は2枚提出すること。
- ・ 通常治療のビデオ症例の参考画像として治療前と静脈瘤の消失した通常治療終了時(1 クール治療終了後、潰瘍の癒痕治癒後が望ましい)の内視鏡写真を書式7 として提出する。

<IVR>

- ・ 審査対象手技を孤立性胃静脈瘤に対する B-RTO (TJO を含む)とする。
- ・ すべての透視画像(ショートシースやガイドワイヤ挿入も含む)と DSA(B-RTV を含む)を収録する。
- ・ 穿刺から EOI(ブドウ糖も含む)注入終了時までの所要時間を治療時間として記載する。
- ・ できるだけスタンダードな血行動態の症例の応募が望ましい。
- ・ 時間制限は設けない。
- ・ ビデオ症例の参考画像として孤立性胃静脈瘤の供血路を示す 3D-CT や血管造影画像(治療前のみ)、治療前後の胃静脈瘤の造影 CT 画像(axial と coronal)、ならびに治療前の胃静脈瘤の内視鏡写真を書式 7 として提出する。

<手術療法>

- ・ 審査対象手技は原則として限定せず、直達手術(食道離断術、Hassab 手術など)、シャント手術(遠位脾腎静脈シャント術など)、脾臓摘出術(肝移植時や腹腔鏡手術含む)とする。ただし門脈圧亢進症症例に対する肝移植、門脈圧亢進症を伴わない脾臓摘出術やデンバーシャントは除外する。

- ・ 開腹手術、腹腔鏡下手術いずれでも応募できる。
- ・ 時間制限は設けないが、無修正の主ビデオと共に、審査基準の各項目を網羅した10~20分に編集した副ビデオも提出する。
- ・ 腹腔鏡下手術の場合、体外操作の撮影・提出は不要である。
- ・ ビデオ症例の参考画像、書式7の提出は不要である。

☆上記以外の術式は受け付けられないので、注意のこと。

5. 諸注意

- 1) 会費納入：申請締切日までに年会費を完納が条件となっており、申請締切日までに納入されない場合は連続会員と見做されない。その際、提出された申請書類、申請料は返却しない。
- 2) 送付先：全ての申請書類・DVDは以下に送付すること。
日本門脈圧亢進症学会事務局
〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル
(株) 毎日学術フォーラム内
TEL 03-6267-4550 / FAX 03-6267-4555
- 3) 申請料振込先：申請料 10,000 円を以下に振込み、払込受領書のコピーを送付すること。
銀行等で振込んだ際の払込受領書のコピー、ネットバンキングの場合は払込終了画面をプリントしたものを、書式 11 にホッチキスで添付すること。
学会費（年会費）とは口座が異なるため、注意すること。

〈申請料金振込先〉

郵便振替口座

口座番号 00160-5-485897

加入者名 日本門脈圧亢進症学会技術認定制度委員会

ニホンモンミヤクアツコウシンショウガツカイギジュツニンテイセイドイインカイ

- 4) 締切日：2022年4月30日（消印有効）
- 5) 送付方法：簡易書留あるいは宅急便とし、それ以外の方法で送付した場合の郵便事故などについては、一切の責任を負わない。DVDを送付するにあたっては、途中破損のないよう十分注意すること。
なお、受取通知を希望する場合には、返信用官製ハガキ（必ず、宛先住所・氏名を明記のこと）を同封すること（希望のない場合は受取通知しない）。
- 6) 申請書式：学会誌あるいは学会ホームページにて公開される申請用紙の最新のものを使用すること。申請用紙はA4サイズに揃えて提出のこと。
- 7) 書類等控：一旦受け付けた申請書類・DVD等は絶対に返却しないので、必ず手許にコピーあるいはオリジナルを残しておくこと。
- 8) 審査委員訪問：審査委員が実際の手術および手技の見学に行く場合があることを予め了

承のこと。

- 9) 問い合わせ：事務的な問い合わせは事務局まで連絡のこと。但し、審査については、別途認定基準を参照のこととし、個別の問い合わせは一切受け付けない。

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 _____

2022 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

2022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。

2022年 月 日

所属長(科長・センター長・部長)

氏名_____印

所属_____

2022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。

2022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。

2022 年 月 日

施設名 ()

申請者氏名 _____ 印