



学会参加履歴

(更新)

開催年	第〇回	開催場所	参加の有無	参加証のコピーまたは参加を証明するものの添付	* 委員会使用欄
2017	45	神戸	有・無	有・無	*
2018	46	東京	有・無	有・無	*
2019	47	新潟	有・無	有・無	*
2020	48	Web	有・無	有・無	*
2021	49	福島	有・無	有・無	*

※ 更新申請時は**更新前5年間**の履歴を記載すること。

日本小児神経外科学会の参加証（添付）

※学会の参加証またはそれに代わる資料を添付してください。

※日本脳神経外科学会のマイページの参加記録を出力したのもでも可。

*受付番号_____



学会発表履歴 (更新)

開催年	開催場所	演者・演題名・発表形式		* 委員会使用欄
		演 者		*
		演 題 名		
		発表形式		
		演 者		*
		演 題 名		
		発表形式		
		演 者		*
		演 題 名		
		発表形式		
		演 者		*
		演 題 名		
		発表形式		
		演 者		*
		演 題 名		
		発表形式		

※ 更新申請時は更新前5年間の履歴を記載すること。

※ 発表者のみ、同一年度複数演題は1題のみ単位として認める。発表には、特別講演、セミナー（企業共催は含まない）での発表も含む。

※ 学会発表抄録のコピーを添付すること（印刷刊行物のコピーとする。ワード原稿等自分で作成したものは不可）。

*受付番号_____



教育セミナー参加履歴 (更新)

開催年	開催場所	参加の有無	参加証のコピーまたは参加を証明するものの添付	* 委員会使用欄
2017	神戸	有・無	有・無	*
2018	東京	有・無	有・無	*
2019	新潟	有・無	有・無	*
2020	Web	有・無	有・無	*
2021	Web	有・無	有・無	*

※ 更新申請時は更新前5年間の履歴を記載すること。

日本小児神経外科学会主催教育セミナー受講証 (添付)

※ 教育セミナーの参加証またはそれに代わる資料を添付すること。

*受付番号_____



論文リスト

(オーサーシップと査読欄には、該当するものに○をつけてください)

著者・タイトル・雑誌名・発表年	オーサーシップ	査読	* 委員会使用
	筆頭著者 責任著者 その他共同著者	有 ・ 無	*
	筆頭著者 責任著者 その他共同著者	有 ・ 無	*
	筆頭著者 責任著者 その他共同著者	有 ・ 無	*

※ 論文は主著・共著問わず 3 編まで申請可。

※ 刊行物の論文タイトルページコピーを添付すること。PubMed などからのコピーは不可。

※ 論文は「小児の脳神経」「Child's Nervous System」「JNS Pediatrics」「Pediatric Neurosurgery」掲載論文を主な対象とし、それ以外は委員会で審議いたします。前記以外の論文は、全文コピーを添付し、小児領域の論文であることを数行で述べてください（書式自由）。

*受付番号_____



審査料払込証明書

審査料を指定の学会口座に振り込まれたことを証明できる書類のコピーまたは出力をここに貼付してください。

例：

『郵便振替払込票兼受領証』

または『振込受領証』など。

【振込先】 下記のいずれかにお振込みください。
事務局の入金確認に数日を要する場合があります。

銀行の場合 銀行名：ゆうちょ銀行
支店名：〇一九（ゼロイチキュウ）店
口座番号：当座口座 **0773763**
口座名義：ニホンショウニシンケイゲカガツカイ

郵便振替の場合 **00180-3-773763**
加入者名：一般社団法人日本小児神経外科学会

振込金額 新規申請：30,000 円
更新申請：20,000 円

※申請者名と振込人名が異なる場合は事務局にご一報ください。

*受付番号 _____



認定更新猶予申請書

日本小児神経外科学会認定医委員会 殿

私（申請者）は日本小児神経外科学会認定医の更新を行うにあたり、必要な単位数を取得できていないため、細則第 6・7 条の規定に従い、以下の必要書類を添えて申請します。

	申請日（西暦）		年	月	日
ふりがな 申請者氏名					
生 年 月 日	西暦	年	月	日	性別（いずれかに○） 男 ・ 女
ふりがな 勤務施設名					
施設所在地	〒 _____ 電話： _____				
現 住 所	〒 _____ 電話： _____				
メールアドレス	_____@_____				
医籍登録番号	第 _____ 号	卒業大学名 卒業年	大学 西暦 _____ 年 卒		
日本脳神経外科学会 専門医番号	第 _____ 号	取得（更新）した 年月日	西暦 _____ 年 月 日		
日本小児神経外科学会認定医番号 （更新申請の場合のみ）	第 _____ 号	取得（更新）した 年月日	西暦 _____ 年 月 日		
【猶予理由】 該当する理由のチェックボックスに印を入れて下さい。					
<input type="checkbox"/> 1. 必要な単位取得不足（猶予期間は 1 年間）		<input type="checkbox"/> 2. 海外留学（留学先、期間など証明書添付要）			
<input type="checkbox"/> 3. 長期療養（証明書添付要）		<input type="checkbox"/> 4. 出産・育児（証明書添付要）			
<input type="checkbox"/> 5. その他					
【詳細な理由】					

*原則として事後申請は認めません。

* 委員会使用欄

* 受付日時	* 受付番号	* 更新猶予資格	* 審査結果
*	*	*	*

*受付番号 _____



※書類を確認後、本チェックリストを申請書類に同封してください。

申請者氏名： _____

1. 更新申請に必要な単位（学術単位）

学術単位（12 単位以上、論文は上限 5 単位で 3 編まで、2 回以上の学会参加）

…条件を満たしている（○か×）→

		単位	件数	小計
2017 年 第 45 回日本小児神経外科学会 神戸	学会参加	3		
	学会発表	3		
	教育セミナー参加	3		
2018 年 第 46 回日本小児神経外科学会 東京	学会参加	3		
	学会発表	3		
	教育セミナー参加	3		
2019 年 第 47 回日本小児神経外科学会 新潟	学会参加	3		
	学会発表	3		
	教育セミナー参加	3		
2020 年 第 48 回日本小児神経外科学会 Web 開催	学会参加	3		
	学会発表	3		
	教育セミナー参加	3		
2021 年 第 49 回日本小児神経外科学会 福島	学会参加	3		
	学会発表	3		
	教育セミナー参加	3		
査読のある小児神経外科領域の論文 (更新前 5 年間、最大 5 単位まで)	主著（筆頭、または責任著者）	3		
	共著	1		
申請単位合計				

2. 更新申請に必要な書類

準備した書類に を入れて下さい。

<input type="checkbox"/>	申請書（様式 1）
<input type="checkbox"/>	日本小児神経外科学会参加履歴（様式 2）、参加証のコピーまたは参加を証明するもの
<input type="checkbox"/>	日本小児神経外科学会発表履歴（様式 3）、抄録コピー
<input type="checkbox"/>	教育セミナー参加履歴（様式 4）、教育セミナー参加証
<input type="checkbox"/>	掲載論文リスト（様式 5）、刊行物の論文コピー（指定雑誌はタイトルページのみ）
<input type="checkbox"/>	資格認定更新審査料（20,000 円）振込み証明書（振込み領収書写）（様式 6）
<input type="checkbox"/>	チェックリスト（本用紙）
<input type="checkbox"/>	有効期限が記載された日本脳神経外科学会専門医認定証（写）
<input type="checkbox"/>	申請書（様式 1）とチェックリストを印刷したものをメディアに添付する