



学会参加履歴

(新規・更新)

開催年	第○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
			有・無	有・無	*
			有・無	有・無	*
			有・無	有・無	*
			有・無	有・無	*
			有・無	有・無	*

※ 新規申請時は申請前3年間の履歴、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

(新規・更新)

開催年	開催場所	演者・演題名・発表形式		* 委員会使用欄
(例) 2015年	下関	演者	師田信人, 井原 哲, 萩原英樹	*
		演題名	脊髄脂肪腫分類再考と脊髄脂肪腫手術.	
		発表形式	シンポジウム	
		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		

※ 新規申請時は申請前3年間の履歴、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 (新規・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
		有・無	有・無	*
		有・無	有・無	*
		有・無	有・無	*
		有・無	有・無	*
		有・無	有・無	*

※ 新規申請時は申請前 3 年間の履歴、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。

※ 資料が準備できない場合は本学会事務局に問い合わせること。

*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
(例) 君和田友美、林 俊哲、成澤あゆみ、白根礼造、富永 悌二. 小児もやもや病における後方循環障害と後方血 行再建術. 小児の脳神経 40: 232-237, 2015	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	*
	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	*

※ 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 Nerve System」「JNS Pediatrics」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ッカイ

郵便振替の場合 00180-3-773763
 加入者名：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 _____



手術症例リスト

症例番号	実施施設名	手術日 (西暦年月)	年齢		性別 ○記載	術式	疾患名	術者/助手/ 見学	分野 (番号)
			歳	か月					
1		年 月	<input type="checkbox"/> 歳	か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下		女性				
2		年 月	<input type="checkbox"/> 歳	か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下		女性				
3		年 月	<input type="checkbox"/> 歳	か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下		女性				
4		年 月	<input type="checkbox"/> 歳	か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下		女性				
5		年 月	<input type="checkbox"/> 歳	か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下		女性				
6		年 月	<input type="checkbox"/> 歳	か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下		女性				
7		年 月	<input type="checkbox"/> 歳	か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下		女性				
8		年 月	<input type="checkbox"/> 歳	か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下		女性				
9		年 月	<input type="checkbox"/> 歳	か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下		女性				
10		年 月	<input type="checkbox"/> 歳	か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 見学	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下		女性				

↑
(注 1)↑
(注 2)↑
(注 3)↑
(注 4)

(注 1) 手術症例要約 (様式 7-2) にこの番号を記載してください。

(注 2) 5歳以下に該当する場合には□に☑をつけてください。

(注 3) 該当に☑をつけてください。

(注 4) 分野を番号で記載してください。 <1. 水頭症, 2. 先天性疾患, 3. 外傷, 4. その他> 前記 4 分野のうち 3 分野以上を含むように作成してください。

(次ページにつづく)

■予備症例

症例番号	実施施設名	手術日 (西暦年月)	年齢	性別 ○記載	術式	疾患名	術者/助手/ 見学	分野 (番号)
11		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 助手	
12		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 助手	
13		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 助手	
14		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 助手	
15		年 月	歳 か月	男性			<input type="checkbox"/> 主執刀	
			<input type="checkbox"/> 5歳以下	女性			<input type="checkbox"/> 助手	
↑			↑				↑	↑
(注 1)			(注 2)				(注 3)	(注 4)

(注 1) 手術症例要約 (様式 7-2) にこの番号を記載してください。

(注 2) 5歳以下に該当する場合には□に☑をつけてください。

(注 3) 該当に☑をつけてください。

(注 4) 分野を番号で記載してください。 <1. 水頭症, 2. 先天性疾患, 3. 外傷, 4. その他> 前記 4 分野のうち 3 分野以上を含むように作成してください。

■提出手術症例まとめ

5歳以下症例数合計		例
症 例 数	主執刀	例
	助 手	例
	見 学	例

分野内訳	1. 水頭症	例
	2. 先天性疾患	例
	3. 外傷	例
	4. その他	例



手術症例 要約

症例リストの番号			
疾病名			手術時年齢
術式			
手術時間	時間	分	申請者の役割 (○で囲む) 主執刀 ・ 助手 ・ 見学
<u>手術適応及び術前の経過</u>			
<u>手術所見・手順</u>			
<u>術後経過 (見学の際は不要)</u>			

※記載欄のスペースは適宜増減させてご記載ください。

※手術症例要約は手術症例ごとに作成してください。

※公式手術記録のコピー (様式 7-1 の症例番号をつけ、申請者名の記載部分にマーカでハイライト) を添付してください。



手術見学証明書

見学者

氏 名	
所 属	

上記は、当施設において下記の手術を見学したことを証明する。

手術日（西暦）	年	月	日
患者年齢・性別	歳	か月	男 女
疾患名			
術 式			

記載日（西暦）	年	月	日
施 設 名			
指導認定医 1	名前		認定医番号
指導認定医 2	名前		認定医番号

*受付番号_____



臨床経験症例リスト 20 症例

申請者氏名

■入院症例

症例番号	入院施設名	入院日 (西暦年月)	年齢	性別	疾患名	退院サマリー 添付
1		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
2		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
3		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
4		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
5		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
6		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
7		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
8		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
9		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
10		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
11		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
12		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
13		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
14		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
15		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
16		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
17		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
18		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
19		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
20		年 月	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>

↑ 提出する退院サマリー 右上段に、この番号を記載してください。

(次ページにつづく)

■外来症例

症例番号	外来診療施設名	外来担当初診日/ 最終診療日 (西暦年月)	性別	疾患名	外来経過要約 添付
21		年 月 / 年 月	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
22		年 月 / 年 月	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
23		年 月 / 年 月	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
24		年 月 / 年 月	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>
25		年 月 / 年 月	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/>

↑ 提出する外来経過要約に、この番号を記載してください。

外来症例は、手術の有無に関係なく、1年以上継続して診療を行い、最終診療日の時点で15歳以下の症例のみ申請可能。

注意： 入院症例のみで、20症例申請する場合は、外来症例の記入は不要です。

外来症例は、上限5症例です。

公式退院サマリーのコピー（申請者名の記載部分にマーカでハイライト）を添付してください。

提出臨床経験症例 20症例 まとめ

入院治療経験症例	合計	例	* 必ず、退院サマリーを添付 (申請者名の記載部分にマーカでハイライト)
外来治療経験症例	合計	例	* 必ず、外来経過要約を添付 (上限5症例)
提出20症例の内訳	1. 水頭症	例	
	2. 先天性疾患	例	
	3. 外傷	例	
	4. その他	例	

注： 4分野のうち、3分野以上を含むこと。



外来治療経過 要約

- * 要約を 200 字程度にまとめ、画像資料も必ず提出してください。(プリントアウトで可)
- * 提出する外来症例の全てに治療経過要約が必要です。

症例リストの番号	疾患名
----------	-----

外来治療経過

(_____ 字)



日本小児神経外科学会認定医申請チェックリスト 新規申請

※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。

1. 新規申請に必要な単位（学術単位・手術経験・臨床経験）

1-1 学術単位（学会参加 1 回以上 論文 1 編以上 計 15 単位以上）

……………条件を満たしている（○か×） →

		単位	件数	小計
2015 年 第 43 回日本小児神経外科学会 下関	学会参加	3		
	学会発表	3		
	教育セミナー参加	3		
2016 年 第 44 回日本小児神経外科学会 つくば	学会参加	3		
	学会発表	3		
	教育セミナー参加	3		
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		
小児神経外科領域の論文 (発表年度を問わない、上限 10 単位)	主著（筆頭、または責任著者）	3		
	共著	1		
申請単位合計				

1-2 手術経験（15 歳以下小児神経外科手術経験 10 例以上）

……………条件を満たしている（○か×） →

1-3 臨床経験（15 歳以下小児神経外科症例 20 例以上 外来症例は上限 5 例）

……………条件を満たしている（○か×） →

2. 新規申請に必要な書類 準備した書類に を入れてください。

<input type="checkbox"/>	申請書（様式 1）
<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"/>	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）、刊行物の論文タイトルページコピー
<input type="checkbox"/>	資格認定新規審査料（30,000 円）振込み証明書（振込み領収書写）（様式 6）
<input type="checkbox"/>	手術症例一覧（様式 7-1）、手術症例要約（様式 7-2）
<input type="checkbox"/>	手術見学証明書（該当者のみ）（様式 8）
<input type="checkbox"/>	臨床経験症例リスト 20 症例（様式 9-1）、外来治療経過要約（様式 9-2）、画像資料
<input type="checkbox"/>	チェックリスト（本用紙）