# **日本膵臓学会指導施設新規認定申請書チェックリスト(2025年度申請)**

# （＊昨年度申請時に問いあわせや記載漏れが多かった事項をチェックリストとして載せています）

# 申請書①～④の正本１部と副本(コピー)1部を用意しましたか。

# 申請書③の指導医が申請中の場合は、（申請中）と記載してください。

# 申請書③④,２か所の施設長の公印を押し忘れていませんか。**（個人印不可）**

# 同じ施設内の異なる診療科で、重複して申請していませんか。

# 申請書①.②はWEB申請の自動返信メールを印刷して、③以降必須書類とともにお送りください。（自動返信メールの申請書①．②もコピーは必要です）

#

# 　　　 　　　　　**日本膵臓学会指導施設申請書　(2025年度申請)** ①

# 日本膵臓学会認定指導医制度規則及び施行細則に規定する指導施設を申請します。

なお、下記の日本膵臓学会の認定指導医が常勤し、指導に当たることを証明します。

　　　　　申請日　 　　　　 　年　 　　　 月　 　　　 　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請区分(○印） | 新規 | 　　受付日（※事務局記入）　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| ふりがな | 　 |
| 申請施設名（正式名称・HP掲載用） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施設長氏名 | 　 |
| 施設住所 |  〒 |
| 　 |
|  Tel:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax: |
| 施設ホームページURL | 　 |
| 申請地区(○印） | 　　　北海道　　　　　　 　東北　　　　　　　 関東　　　　　　 　甲信越　　　 　　　東海　　　 北陸　　　　　　　 　近畿　　　　　　　 中国　　　　　　　 四国　　　　　　 　九州 |
| 本申請に関する問い合わせ先 | 指導責任者 | 担当部署 |
| 　 | 　 |

# 　　　　　　　　　　　　　　　　正本１部と副本(コピー)1部の作成が必要（①～④）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　 　　　　 |  | **指導施設内容説明書** |  | ② |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　 　　　　 　年　 　　　 月　 　　　 　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 病床数 | 病院全体 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　床　） |
| 消化器内科 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　床　） |
| 消化器外科 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　床　） |
| 2 | 手術室数 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　室　） |
| 血管造影室数 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　室　） |
| CT台数 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　台　） |
| MRI台数 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　台　） |
| X線透視台数 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　台　） |
| 3 | 医師数（常勤） | 膵臓学会会員内科医 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人　） |
| 膵臓学会会員外科医 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人　） |
| 放射線医 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人　） |
| 病理医 | （常勤：　　　　　　　人　、　非常勤：　　　　　　人　） |
| 病理医　常勤・非常勤がいない場合の委託先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※放射線医・病理医は膵臓学会員に限らず、施設に所属するもの |
| 4 | 関連学会専門医制度認定施設 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **日本膵臓学会認定指導医の勤務証明書** | 　　③ |

※複数枚必要な場合はコピーして利用してください。

　申請日　 　　　　 　年　 　　　 月　 　　　 　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 指導医氏名 | ※指導責任者を一番上に記載 |
| ※申請中の方は認定No.の欄に（申請中）と記入 |
| ※【常勤・非常勤】のどちらかに○印、年会費納入状況どちらかに〇印 |
| 指　導　医（指導責任者） | ( 認定No.　2025年度年会費納入　　　　納入済　　・　　　未入金） |
|
|
| 【 常勤・非常勤 】 |
| 指　導　医 | ( 認定No.　2025年度年会費納入　　　　納入済　　・　　　未入金） |
|
|
| 【 常勤・非常勤 】 |
| 指　導　医 | ( 認定No.　2025年度年会費納入　　　　納入済　　・　　　未入金） |
|
|
| 【 常勤・非常勤 】 |
| 指　導　医 | ( 認定No.　2025年度年会費納入　　　　納入済　　・　　　未入金） |
|
|
| 【 常勤・非常勤 】 |
| 指　導　医 | ( 認定No.　2025年度年会費納入　　　　納入済　　・　　　未入金） |
|
|
| 【 常勤・非常勤 】 |
| 指　導　医 | ( 認定No.　2025年度年会費納入　　　　納入済　　・　　　未入金） |
|
|
| 【 常勤・非常勤 】 |
| 指　導　医 | ( 認定No.　2025年度年会費納入　　　　納入済　　・　　　未入金） |
|
|
| 【 常勤・非常勤 】 |
| 指　導　医 | ( 認定No.　2025年度年会費納入　　　　納入済　　・　　　未入金） |
|
|
| 【 常勤・非常勤 】 |
|  |
| 以上の医師が勤務し、指導に当たることを証明致します。 |
|  |
| 施設長氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（公印） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **NCD膵癌登録施設証明書** |  | ④ |

　申請日　 　　　　 　年　 　　　 月　 　　　 　日

 施設名

**National Clinical Database(NCD)登録施設であり、
NCD膵癌登録を行っている。**

**（2020年1月1日～2024年12月31日）**

|  |  |
| --- | --- |
| 2020 | 件 |
| 2021 | 件 |
| 2022 | 件 |
| 2023 | 件 |
| 2024 | 件 |

以上の申請条件に合致していることを証明致します。

（公印）

 施設長氏名