令和　　年　　月　　日

一般財団法人日本いたみ財団

認定委員会　　御中

「いたみ専門医・専門医療者」　受験申請書

私は、一般財団法人日本いたみ財団の理念に賛同し、下記の　「いたみ専門医・専門医療者認定試験」について申請したいと思います。

何卒よろしくお願いいたします。

記

**日時・場所**

日時：令和4年3月13日（日）　13時～14時（12：30分 受付開始）

場所：東京会場（都内未定）　　　岡山会場（岡山市内未定）

**申請者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属機関名 |  |
| 職種 | 医療機関・教育機関に勤務する国家資格を有する医療者いたみ専門医：医師・歯科医師いたみ専門医療者：看護師・保健師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・公認心理師、臨床検査技師 |
| 申請者住所（受験票送付先） |  |
| 申請者連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　（連絡がつくもの）Email： |

**「いたみ専門医・専門医療者」受験資格基準（必要単位数：30単位）**

**下記の書類をご準備の上、受験申請を行ってください。**

* いたみ専門医・専門医療者「試験申請書」（本用紙）
* 痛み関連学会に属する学会の学術大会への参加

学会参加：**2**単位（学会に参加したことを示す参加証のコピーを添付してください）

* 厚生労働省慢性疼痛診療システム普及・人材モデル事業「慢性疼痛診療研修会」ないし当財団※1が主催する医療者研修会「慢性疼痛診療研修会」への参加

※1：「慢性の痛みワークショップ」ベーシックコース受講：**5**単位、

アドバンスコース受講：**10**単位（アドバンスコースは1回以上受講していることを必須とします）

研修会あるいはワークショップの講師：**6**単位

（上記の受講修了証のコピーを添付してください）

* 痛み関連学会連合に属する学会が開催する教育研修講演への参加

教育研修講演の講演受講：**2**単位　（受講修了証のコピ－を添付してください）

* 痛み関連学会連合に属する学会の特別講演・教育研修講演の講師

講師1回につき：**5**単位　（講師であることを示す学会抄録集や研修講演のチラシのコピ－を添付してください）

* 痛み関連学会連合に属する学会学術大会における口演またはポスター発表

筆頭演者：**5**単位/発表　共同演者：**1**単位 / 発表　（学会抄録集の演者であることを示すページのコピ－を添付してください）

* 痛みの患者症例の診療録・対応録：１症例：**5**単位
* 痛み関連の論文（第一著者又は責任著者に限る）

1論文：**10**単位　（論文著者であることを示すページのコピ－を添付してください）

**＊受験料：10,000円**

　下記口座へお振込ください。

　　※いかなる場合でも返金はいたしません。

　三井住友銀行　日比谷支店　普通：9218888

　一般財団法人日本いたみ財団

（ｲｯﾊﾟﾝｻﾞｲﾀﾞﾝﾌｼﾞﾝﾆﾎﾝｲﾀﾐｻﾞｲﾀﾞﾝ）

　振込日：　　　　　年　　　　月　　　　日

**＊申請期間**

申請期間　令和4年1月20日～令和4年2月25日

　　　　　**上記以外の期間における申請は受け付けません。**

　　　　 **期間内に審査に必要な書類及び受験料、すべてが必要になります。**

申込先　　〒480-1195

愛知県長久手市岩作雁又1-1

愛知医科大学学際的痛みセンター内

　　一般財団法人日本いたみ財団

認定委員会　　宛