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」　認定試験申請書

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○年○月○日（□）　※1時間程度

場所：□□会場　、　△△会場

**申請者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属機関名 |  |
| 職種 | 主に病院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（参加証　コピー）

* 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（1回以上受講必須）

　　　ワークショップ講師：6単位

（受講修了証　コピー）

* 痛み関連学会連合に属する学会が開催する教育研修会への参加

教育研修会の講演受講：1単位　（受講修了証　コピー）

* 痛み関連学会連合に属する学会の特別講演・教育研修会講演の講師

講師1回：5単位　（抄録集　コピー）

* 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　（抄録集　コピー）

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

1論文：10単位　（論文掲載　コピー）

**＊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○年○月○日～令和○年○月○日（1か月間程度）

**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