日本ペインリハビリテーション学会

いたみ専門医療者委員会委員長　殿

　　　年　　　月　　　日

一般財団法人日本いたみ財団

「いたみ専門医・専門医療者」資格認定にかかる審査申請書

　私は，日本ペインリハビリテーション学会の正会員として，一般財団法人日本いたみ財団「いたみ専門医・専門医療者認定試験」の資格認定を申請するにあたり本学会での審査を希望します。

審査申請に際し，日本ペインリハビリテーション学会の「いたみ専門医・専門医療者」認定に関する規則」の第3章「いたみ専門医療者認定の基準」について，以下の通り申請しますので，審査くださいますようお願いします。

**申請者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属機関名 |  |
| 職種 | 医師、歯科医師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、  言語療法士、薬剤師、公認心理師、臨床検査技師 |
| 申請者住所  （審査結果送付先） | 〒　　　－ |
| 申請者連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　（携帯・所属先・自宅）  Email： |

**いたみ専門医療者認定審査基準**

|  |  |
| --- | --- |
| 日本ペインリハビリテーション学会「いたみ専門医療者認定の基準」  （1）当学会の正会員または学生会員になって3年以上が経過していること。  （2）正会員として当学会の教育研修講演に3回以上参加していること。  （3）正会員として当学会で1回以上の発表（共同演者可）をしていること。 | |
| （1） | □　**正会員**（3年以上）　（確認のため☑，証明書の提出不要） |
| （2） | **教育研修講演受講歴**（修了証・学会参加証等，証明できるもののコピーを添付）  ①　第　　　回学会　教育研修講演  ②　第　　　回学会　教育研修講演  ③　第　　　回学会　教育研修講演 |
| （3） | **学会発表歴**（抄録集の当該ページ等，証明できるもののコピーを添付）   * 第　　　回学会：　口述　・　ポスター　（いずれかに〇） * 演者名（筆頭演者でない場合，筆頭演者名と演者総数，掲載順位○番目と記入）：      * タイトル： |

以上