

日本形成外科学会特定領域指導専門医制度：皮膚腫瘍外科指導専門医

第1回認定審査について（第1報）

2011年 1月
社団法人日本形成外科学会
理事長 中西 秀樹
皮膚腫瘍外科指導専門医認定委員会
委員長 山本 有平

日本形成外科学会は、日本形成外科学会特定領域指導専門医制度規則および同施行細則にもとづき、第1回皮膚腫瘍外科指導専門医認定審査を下記の要領で実施いたします。

1. 指導専門医審査申請者の資格

指導専門医審査申請者の資格は、日本形成外科学会特定領域指導専門医制度規則第3章、第5条の申請資格を有した者です（ホームページ掲載の特定領域指導専門医制度規則および同施行細則をご確認下さい。）

2. 認定審査用書類

日本形成外科学会特定領域指導専門医制度規則および同施行細則にもとづき、以下の認定審査用書類が日本形成外科学会ホームページに掲載されています。書類をダウンロードし、ご使用下さい。

- | | |
|---------------------------|-------|
| 1) 日本形成外科学会特定領域指導専門医認定申請書 | (様式1) |
| 2) 履歴書 | (様式2) |
| 3) 研修証明書 | (様式3) |
| 4) 業績目録 | (様式4) |
| 5) 手術記録 | (様式5) |
| 6) 手術症例の一覧表 | (様式6) |

3. 認定審査提出書類

- 1) 日本形成外科学会特定領域指導専門医認定申請書とその写し2部
- 2) 日本国医師免許証（コピー）
- 3) 履歴書
- 4) 研修証明書
- 5) 日本形成外科学会専門医認定証（コピー）
- 6) 業績目録
- 7) 症例の記録（手術記録，手術症例の一覧表）
- 8) 教育セミナー受講証明証（2回分）
- 9) 認定審査料振込の領収書（コピー）

4. 認定審査料

10,000円を所定の口座にお振り込み下さい。なお、既納の試験審査料は返還しません。

5. 書類提出期間

2011年6月1日～7月31日（消印有効）

6. 書類送付先および認定審査料振込先

認定審査提出書類は、簡易書留にて委員会へ送付して下さい。

〒169-0072

東京都新宿区新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル 10F

日本形成外科学会事務局 皮膚腫瘍外科指導専門医認定委員会

TEL: 03-5291-6231 FAX: 03-5291-2176

※振込みは郵便局備え付けの用紙をご使用下さい。

郵便振替口座：00150-1-398975

加入者名：社団法人日本形成外科学会

ゆうちょ銀行 ○一九店(セポイキョウ店) 当座 0398975

*なお、通信欄に「指導専門医認定審査料として」と記載頂けますようお願い申し上げます。

7. 指導専門医認定書類審査の実施時期

2011年8月末日までに実施いたします。

8. 指導専門医試験の実施時期

口頭試問（面接日程は9月上旬頃までに連絡いたします）

2011年10月5日（水）14時00分開始予定

※第20回日本形成外科学会基礎学術集会前日に行います。

ハイアットリージェンシー東京

東京都新宿区西新宿 2-7-2 TEL 03-3348-1234

9. 認定審査の結果の発表および登録

認定審査の結果は、指導専門医認定委員会が理事長に報告し、理事会の議を経て申請者に通知します。合格者は、認定登録料10,000円を所定の口座にお振り込み下さい。認定登録料の納付を確認した後、理事長が学会の指導専門医資格名簿に登録のうえ公示します。認定証は、追って理事長が本人に送付します。

10. 申請書類記入・作成に関する注意事項

- 1) ダウンロードした書類に作成してください。
- 2) 年号の記載は西暦を用いてください。
- 3) 業績目録に併せて、学術集会プログラム抄録集の申請者の発表（講演）が掲載されているページのコピー、論文の最初のページ（題名と執筆者が記載されている）のコピーを添付して下さい（業績については本会入会後のものとする）。
- 4) 症例報告（手術記録、手術症例の一覧表）を作成する際、以下の点にご留意下さい（症例については本会入会後のものとする）。
 - ・ 症例報告として、所定様式の内紙に手術記録10例（様式5）、手術症例の一覧表100例（様式6）を提出して下さい。症例は執刀例、第一助手担当例に限ります。制度施行細則第3章、第9条に該当する研修施設以外で行われた症例も報告でき

ます。

- 手術記録（10例）は、術前、デザイン（シェーマでも可）、病理組織、術後6か月以上経過の写真を必要とします。術中、術直後の写真（必要あればCT、MRI画像など）も可能な限り提出してください。写真はパワーポイント形式で作成し、CD-Rに保存して提出してください。なお、原本は申請者が責任を持って保管してください。
- 手術記録（10例）は、下記手術が該当します。

1) 疾患の条件

上皮系、付属器系、神経外胚葉・神経堤系、間葉系の各種良性および悪性皮膚・軟部組織腫瘍を対象とします。

2) 術式の条件

a) 植皮を施行した皮膚腫瘍外科手術

b) 局所皮弁／有茎皮弁を施行した皮膚腫瘍外科手術

c) その他

- ・分割切除や神経、血管束の剥離を施行した皮膚腫瘍外科手術

- ・遊離皮弁を施行した皮膚腫瘍外科手術

- ・皮膚腫瘍に対するセンチネルリンパ節生検（色素法、蛍光色素法またはRI法）

- ・皮膚腫瘍に対するリンパ節郭清術（頸部、腋窩、鼠径部）など

注1：上記a)、b)は必須の手術例です。a)とb)の症例が計5例以上（うち執刀が3例以上）必要です。

注2：同一症例を、上記a)～c)の複数のカテゴリーにて提出することはできません。

3) 部位の条件

被髪部、顔面部（眼瞼／眼角部、鼻部、耳部、頬部、口唇部等）、手指部の症例が計5例以上必要です。

- 手術症例の一覧表（100例）は、下記手術が該当します。

1) 疾患の条件

上皮系、付属器系、神経外胚葉・神経堤系、間葉系の各種良性および悪性皮膚・軟部組織腫瘍を対象とします。

術式、部位の条件はありません。

なお、手術記録（10例）と同一症例を提出することはできません。

注：委員会において、症例報告（手術記録、手術症例の一覧表）として相応しくない症例として認定された場合は書類審査が不合格となりますのでご留意下さい。

1.1. 問い合わせ先

〒169-0072

東京都新宿区新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル 10F

(株)春恒社 学会事務部内

日本形成外科学会事務局 日本形成外科学会指導専門医認定委員会

e-mail: jsprs-office01@shunkosha.com FAX: 03-5291-2176

お問い合わせは、e-mail もしくはFax をお願いいたします。