運動器疼痛学会

痛み専門医療者資格審査委員長　殿

　　年　　　月　　　日

「いたみ専門医・専門医療者認定試験」受験申請書

　私は，日本運動器疼痛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」の受験を希望します。

受験に際し，「日本運動器疼痛学会　痛み専門医療者資格審査委員会規則」の第3章痛み専門医療者資格審査基準について，以下の通り申請しますので，審査いただきますようお願いします。

記

対象試験　　第3回　いたみ専門医・専門医療者認定試験

　　試験日時 2023年3月19日（日）14：00～15：00

試験会場 東京会場：TKP東京駅カンファレンスセンター

　　　　　　大阪会場：CIV研修センター新大阪東

**申請者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 顔写真 | ふりがな |
| 　6か月以内に　撮影した写真を添付してください | 　氏名 |
| 所属機関名 |  |
| 職種 | 医療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（受験資格結果送付先） | 〒　　　－ |
| 申請者連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　（携帯・所属先・自宅）Email： |

**痛み専門医療者資格審査基準**

|  |
| --- |
| 日本運動器疼痛学会「痛み専門医療者資格審査基準」（1）当学会の正会員になって3年以上経過（申請書提出時）していること。（2）正会員として当学会の教育研修講演を３回以上受講していること。（3）正会員として当学会で１回以上の発表（共同演者可・過去5年以内に限る）をしていること。（4）日本いたみ財団　アドバンスコース研修会を受講していること。 |
| （1） | □　**正会員**（3年以上）　（確認のため☑） |
| （2） | **教育研修講演受講歴**（修了証等，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：　口演　・　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：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| (4) | **日本いたみ財団　アドバンスコース研修会　　　月　　日　受講**※受講修了証コピーを添付 |

＊受験申請

申請期間　　2023年　1月　20日（金）～　2023年　2月17日（金）必着

申込先　　〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1-1　愛知医科大学　疼痛医学講座内

一般社団法人日本運動器疼痛学会事務局（痛み専門医療者資格審査委員会）宛

以上