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8回 いたみ専門医・専門医療者認定試験

日　　時 2025年8月24日（日）14：00～15：00

試験会場 JPタワー名古屋ホール＆カンファレンス

（〒450-6303　 愛知県名古屋市中村区名駅一丁目1番1号 KITTE名古屋3階）

**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 | ふりがな：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○）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の受講について****受講年月日：　　年　　月　　日　受講****試験会場　：**※受講修了証コピーを添付 |

＊受験申請

申請期間　　2025年6月23日（月）～7月15日（火）（必着）

申 請 先　　〒461-0005 名古屋市東区東桜一丁目10番9号 栄プラザビル4階B号室

株式会社 オフィス・テイクワン内

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