

認定医 申請書

認定希望者は下記の各項目に記入され、日本胎盤臨床医学会（FAX番号 03-6264-3016）へ申請するとともに、審査・認定料10,000円（受験・登録費用を含む）を振り込んでください。

（振込口座：一般財団法人 日本胎盤臨床医学会 三菱東京UFJ銀行 月島支店 普通0088594）

なお、日本胎盤臨床医学会の認定医制度は専門医を認定するのではなく、プラセンタ療法の啓蒙をはかるとともに、プラセンタ療法を希望する一般の方々に対して一定の基準に基づく医療と療養指導を行い得るよう、医師の教育および技術の習得を目的として認定するものです。

下記各項の該当する項目（□欄）にレ印を入れ、空欄部分にはご記入をお願いします。

1. 認定に必要な条件の履行について

- 日本胎盤臨床医学会の会員であり、会費を完納している
- 下記の通り規定の単位（30単位）を取得する予定である
（医学会大会、研修会等への出席履歴が不明の方は、事務局へ問い合わせてください）
- | | | | |
|----------------------|----------|----|---------|
| ・ 会員歴は3年以上である（必須） | 小計 | 5 | 単位 |
| ・ 5例の症例提出（必須）を済ませている | 小計 | 5 | 単位 |
| ・ 大会で発表（1回につき5単位） | _____回発表 | 小計 | _____単位 |
| ・ 大会出席（1回につき5単位） | _____回出席 | 小計 | _____単位 |
| ・ 研修会出席（1回につき5単位） | _____回出席 | 小計 | _____単位 |
| | | 合計 | _____単位 |

2. プラセンタ治療について

- プラセンタ注射薬の正規の使用法に則った治療を行っている
- プラセンタ注射の静脈注射、点滴注射、関節腔内注射は行っていない
- 保険治療を 行っている 行っていない
- 自由診療を 行っている 行っていない
- ツボ打ち注射（トリガーポイント注射）を 行っている 行っていない

3. 認定医への後方支援活動に関して

- 日本胎盤臨床医学会のHPで、認定医として紹介を希望する
- 日本胎盤臨床医学会のHPで、所属施設のHPへのリンクを希望する
- 雑誌取材、記事中掲載（リストで紹介）を希望する
- 日本胎盤臨床医学会に医療機関の問合せがあった場合、紹介を希望する

申請日	年	月	日	会員番号 No.
医療機関名：				
医師名：				
標榜科目：				
問題送付先住所：				

〔登録日〕 年 月 日