v.2
2023.2 改訂

日本リンパ網内系学会　血液病理認定医
移行認定医申請書チェックリスト

移行認定医申請に必要な書類一覧

- □ ①　移行措置による血液病理認定医認定申請書
- □ ②　履歴書
- □ ③　移行措置による血液病理認定医推薦書
- □ ④　血液病理診断従事に関わる書類
- □ ⑤　日本リンパ網内系学会学術集会参加記録
- □ ⑥　日本リンパ網内系学会学術集会における発表の記録
- □ ⑦　血液病理診断実績リストおよび血液病理診断書の写し（60 症例以上）

  ※　診断書の写しの提出にあたり、患者の個人情報保護に留意すること。患者氏名（漢字、カナ氏名）、イニシャル、患者カルテ番号、生年月日、住所、連絡先等はコピーの範囲外とする、もしくはしっかりと塗りつぶすなどして判読不可能にすること。

  なお病理標本番号もしくは診断日、受付日、採取日いずれかはそのまま確認できるようにすること。
- □ ⑧　血液関連疾患に関する論文（PubMed 掲載欧文誌）10 編以上（写）

  ・少なくとも 2 編は筆頭著者等論文（申請者が筆頭著者、equal contributor、責任著者、または最終著者である論文）であること

  ・他の申請者との論文重複可

  ・JCEH に掲載された論文 1 編は 2 編とカウントします。ただしそれが筆頭著者等論文であっても筆頭著者等論文は 1 編とカウントします。

  ・論文の 1 ページ目等、論文題名などの論文情報、抄録及び著者のリストが記載されているページのみ印刷して提出してください。
- □ ⑨　病理専門医・口腔病理専門医の認定証（写）
- □ ⑩　移行措置による資格審査料および認定審査料の振込みを証明する記録（写）

①　移行措置による血液病理認定医認定申請書

一般社団法人日本リンパ網内系学会 理事長 殿

西暦　20　年　　月　日

フリガナ	姓	名	性別	生 年 月 日
申請者氏名 （自筆署名）	（　　）	（　　）	男・女	西暦 年　月　日
医籍登録番号	第　　号	医籍登録年月日		西暦 年　月　日
日本リンパ網 内系学会 会員番号		学会入会日		西暦 年　月　日
病理専門医/ 口腔病理専門医	登録番号 専門医認定期間			
現住所（自宅）				
電　話		ＦＡＸ		
E-mail				
勤務先名				
所属 職名				
住所（勤務先）	〒			
電　話		ＦＡＸ		

※申請時点において病理専門医であることを証明する資料（写）を添付する事

②　履歴書

西暦　　年　　月　　日

学歴および過去の勤務施設を記載すること

申請者氏名：

学歴

西暦	学歴　（大学以降）
西暦　　年　　月	大学　学部卒業
西暦　　年　　月	大学大学院修了
西暦　　年　　月	

勤務歴

期間	施設名
西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月	
西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月	
西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月	
西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月	
西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月	
西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月	
西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月	

③　移行措置による血液病理認定医推薦書

西暦　　年　　月　　日

一般社団法人日本リンパ網内系学会理事長殿

申請者氏名　　所 属：
氏 名：

上記の者を一般社団法人日本リンパ網内系学会移行血液病理認定医候補者として推薦します。

推薦者
氏 名：　　（自筆署名）

西暦　　年　　月　　日

所 属：　　☐　血液病理認定医（認定医番号：　　）
☐　日本リンパ網内系学会理事
☐　血液病理認定医制度委員会

＜注意事項＞
１）日本リンパ網内系学会移行血液病理認定医の推薦者は血液病理認定医制度委員会（委員長または副委員長）、リンパ網内系学会理事、または血液病理認定医による推薦が必要です。その区別がつくように☐にマークして下さい。

④　血液病理診断従事に関わる書類

西暦　　年　　月　　日

申請者氏名：

期間	施設名
西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月	
西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月	
西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月	
西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月	
西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月	

上記申請者は病理専門医または口腔病理専門医を取得後、3 年間以上血液病理診断に従事した経験を有することを証明します。

氏 名：　　（自筆署名）

□　血液病理認定医（認定医番号：　　）
□　リンパ網内系学会理事
□　血液病理認定医制度委員会
□　所属部門責任者（施設名：　　）

＜注意事項＞
１）血液病理診断実績について血液病理認定医、日本リンパ網内系学会理事、血液病理認定医制度委員会（委員長または副委員長）、または所属部門長による証明が必要です。その区別がつくように□にマークして下さい。

⑤　日本リンパ網内系学会
学術集会参加記録

西暦　　年　　月　　日

血液病理認定医の申請には、過去５年間にリンパ網内系学会学術集会に少なくとも２回以上の参加が必要です。

申請者氏名：

学術集会情報	開催地	開催期間
第　　回日本リンパ網内系学会学術集会		年　　月
第　　回日本リンパ網内系学会学術集会		年　　月

＜注意事項＞上記の参加を証明する資料（写）を添付してください。

⑥日本リンパ網内系学会学術集会
における発表の記録

西暦　　年　　月　　日

申請者氏名：

直近の５年間におけるリンパ網内系学会学術集会での発表を 1 件以上報告すること。申請者は筆頭発表者である必要はない。予備 2 件まで追加記載可とする。

筆頭発表者名 と申請者名 演題名 学会名 開催年月	 第　　回日本リンパ網内系学会学術集会 西暦　　年　　月
筆頭発表者名 と申請者名 演題名 学会名 開催年月	 第　　回日本リンパ網内系学会学術集会 西暦　　年　　月
筆頭発表者名 と申請者名 演題名 学会名 開催年月	 第　　回日本リンパ網内系学会学術集会 西暦　　年　　月

＜注意事項＞
抄録の写しを添付してください。抄録の写しには学術集会開催年を明記してください。また本人の氏名に下線を引いてください

⑦　血液病理診断実績リスト

申請者氏名：　　（自筆署名）

申請に必要な実績として、申請時より過去５年間に行った 60 症例以上の病理診断書（写）とともに本リストを提出してください。
施設が複数にわたる場合は本リストをコピーし、作成してください。

申請症例の内訳

総数	症例
リンパ節病変または節外病変の症例数	症例
骨髄病変の症例数	症例

（施設名：　　）

＜注意事項＞
症例について
症例とは、1 回の病理診断依頼に対して行われた診断とする（病理報告書番号単位で考える）。
（例 1）1 患者に時期の異なる 2 回の生検が行われ、それぞれの診断がなされた場合、2 症例とする。
（例 2）1 回の上部消化管生検で、胃リンパ腫と十二指腸リンパ腫と診断しても 2 症例とはしない。この場合はどちらか一つを申請する。

病理診断書の提出
①申請症例は血液腫瘍性疾患（疑いも含む）と診断された症例とします。
②症例数の算定
イ、リンパ節病変または節外病変を最低 10 症例、骨髄病変を最低 10 症例含むこと
ロ、申請症例は病院や病理学教室などにおいて適切に管理されている症例であること
ハ、申請症例として検査会社からの症例は認めない
ニ、１患者について複数症例の申請を認める
ホ、提出にあたり、患者の個人情報保護に留意すること。患者氏名（漢字、カナ氏名）、イニシャル、患者カルテ番号、生年月日、住所、連絡先等はコピーの範囲外とする、もしくはしっかりと塗りつぶすなどして判読不可能にすること
　なお病理標本番号もしくは診断日、受付日、採取日いずれかはそのまま確認できるようにすること
ヘ、病理診断書（写）の右上に、A. リンパ節病変または節外病変と B. 骨髄病変の区別（A または B）を記載下さい