**エキスパートパネル　参加証明書(分子病理専門医　資格更新用)**

**様式 2**

【申請者記入欄】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請者氏名** |  | | | | | |
| **分子病理専門医番号** |  | **分子病理専門医初回認定年** | 20 |  | 年 | 4月1日 |
| **病理専門医番号** |  | **口腔病理専門医番号** |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **エキスパートパネル開催施設名　※1** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加日（西暦）　※2** | | | | | | | | | | | | | |
| 1 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | ９ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 2 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 10 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 3 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 11 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 4 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 12 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 5 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 13 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 6 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 14 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 7 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 15 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 8 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |

【分子病理専門医　記入欄】　　　申請者が上記日程のエキスパートパネルに参加したことを証明いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **証明者署名欄　※3** | 署名欄 | 分子病理専門医番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| ※1 | 「エキスパートパネル(EP)開催施設名」にはEPを実施した「がんゲノム医療中核拠点病院」「がんゲノム医療拠点病院」または「EP実施可能がんゲノム医療連携病院」のいずれかの施設名を記入のこと．これら以外の医療機関名は不可。 |
| ※2 | 分子病理専門医更新のためのエキスパートパネル参加有効期間は、認定年の4月から更新申請までの期間  （ただし「認定期間延長申請」を行った者は初回認定年の翌年の4月から更新申請までの期間）．これ以外は対象外．  15回以上参加された場合でも、最高で15回の参加分を記入し、提出のこと．  参加回数は、年3回程度の参加を目安とし  ・分子病理専門医認定の同年に認定期間延長申請を行った者：エキスパートパネル必要参加回数＝翌年から、3回程度／年 ×5年=15回（15回以上参加しても15回を上限として記入）  ・認定期間延長申請者以外：エキスパートパネル必要参加回数＝3回程度／年 × 更新までの年数（分子病理専門医認定年も含む） |
| ※3 | 「署名欄」は印鑑不可・不要．署名に限る．  「署名欄」はエキスパートパネル開催施設所属の日本病理学会認定「分子病理専門医」または「分子病理専門医（暫定）」の署名とすること．開催施設所属の分子病理専門医であれば責任者である必要はない．分子病理専門医更新申請者自身の署名は不可．参加が複数施設ある場合、もしくは複数の分子病理専門医に署名を してもらう場合にはそれぞれの施設、分子病理医毎に本様式を使用すること. |
| 注意事項 | ＊日本病理学会認定　分子病理専門医　資格更新申請のために必要な参加証明書です．  ＊A4用紙1枚　縦に収まるようにpdfとしてご使用ください. |