日本周産期･新生児医学会
専門医制度

母体･胎児専門医
資格認定試験受験要領

2026 年 3 月

一般社団法人
日本周産期･新生児医学会

目次

2026 年度専門医資格認定試験告示 1

＜出願書類作成前の注意点＞ 1

■出願書類別注意事項 2

1．母体･胎児専門医資格認定試験受験出願書 2
2．施設及び指導医の記録 3
3．研修症例記録簿（②-1 暫定指導医（要件充足）は提出不要） 4
4．指導医による専攻医評価記録簿（専攻医のみ提出） 4
5．専攻医による指導医評価記録簿（専攻医のみ提出） 4
6．研修単位となる業績一覧 4
7．推薦状（①専攻医のみ提出） 5
8．誓約書 5
9．症例要約簿 5
10．施設年次報告書の提出状況のコピー 6

表Ⅰ 受験資格一覧 7
表Ⅱ 出願書類分類一覧 8
表Ⅲ 研修単位となる業績一覧 9

【出願書類記載用参考資料】
■施設及び指導医の記録記載例 10

■必要研修症例数の詳細 13

■症例要約記入例 望ましい例 1 16

■症例要約記入例 望ましい例 2 17

■症例要約記入例 望ましくない例 1 18

■症例要約記入例 望ましくない例 2 20

■学会または研究会の参加証明記入例 21

【その他参考資料】 23

1. 会員登録の変更_マイページからの変更手順① 23
2. 会員登録の変更_マイページからの変更手順② 24

3. 必要書類の掲載箇所 25

4. 施設年次報告書提出状況確認画面 25

2026 年度専門医資格認定試験告示

学会ホームページ＞学会からのお知らせ＞2026 年 3 月 16 日＞

2026 年度　専門医試験認定試験　告示

https://www.jspnm.jp/modules/notice/index.php?content_id=215

＜出願書類作成前の注意点＞

出願書を作成する前に，本要領を熟読してください．例年，出願書に多くの不備があります．

出願書の不備が多いと書類審査の合否決定が遅れます．不備のない出願書提出にご協力ください。

不備の多い出願書は受理しません．

また，下記 URL も併せてご確認ください．

症例要約評価基準： https://www.jspnm.jp/modules/specialist/index.php?content_id=29

専門医試験に係るよくある質問： https://www.jspnm.jp/modules/specialist/index.php?content_id=5

■出願書類送付に関する事務局からのお願い

1. 出願書類の 1 枚目に記載する情報は全て，学会ホームページの会員ログイン後（以下、マイページ）に表示される「 ■個人情報 」にある【登録情報の確認・変更】ボタンを押した後の情報と一致すること．特に，各種連絡に E-mail を使用するので，必ず使用できるメールアドレスを記載する ***(p23 参照)***．（jspnm.org のドメインについて受信許可をする）
2. 送付書類で A4 サイズでないものはサイズを A4 に変更したコピーを同封する．ホチキス止めはしない．
3. 書類はすべて片面印刷とする．
4. 表紙，記入例，出願書類チェックリストなど出願書類ではないものや，使用しなかった出願書類は送付しない．
5. 出願書類は，必ず宛名に「専門医出願書類在中」と記載し，簡易書留またはレターパックなど，追跡できる方法で送付する．
6. 受験料は，出願期間内（5 月 1 日～31 日）に納付する（***告示 p4 参照*** ）．
7. 年会費は ①自動引落を設定済みの場合は 5 月 27 日に引き落としが無事行われること． ②払込用紙を郵送で受け取る場合(5 月発送予定)は、払込用紙記載の期限までに納入すること．

＜出願書類記載時の注意＞

■全般的注意事項

（1） 認定施設とは本学会が認定する基幹・指定・補完施設である．

（2） 年月日は西暦表記とする．

（3） 原本のコピーや書類作成時のデータを控えとして必ず手元に残しておくこと．

（4） “指導医署名” は指導医直筆のサインを意味する．

（5） 医学用語の使用方法は，最新の医学用語辞典，小児科用語集，産科婦人科用語集に準拠する．

（6） 施設番号や、指導医、施設年次報告書の提出状況は下記を参考に確認すること

施設確認 URL：http://www.jspnm.com/Senmoni/ShisetsuB.aspx

指導医確認 URL：http://www.jspnm.com/Senmoni/ShidoiB.aspx

施設年次報告書提出状況確認 URL: http://www.jspnm.com/Senmoni/BNenjiSumi.aspx

■出願書類別注意事項

1. 母体・胎児専門医資格認定試験受験出願書

(1) ヘッダーに必ず受験者名を記載する.

(2) 専門医認定証は受験者氏名に記載された氏名で作成する. 新姓・旧姓は本人の希望による(詳細は*よくある質問参照*).

※ 異体字や旧字, 環境依存文字を使用する場合は, 赤字にして提出すること.
例)髙橋／髙橋(タカハシ), 山崎／山﨑(ヤマザキ), など

※ ただし、マイページの「 ■個人情報 」の名前は常用漢字のままとする(システム上不具合があるため).

(3) 生年月日は西暦で記載する.

(4) 性別はチェックボックスになっているため, 適切な方を選ぶ.

(5) 当学会の会員番号は数字 7 桁.

(6) 医籍登録番号は数字 6 桁.

(7) 研修番号は, ｱﾙﾌｧﾍﾞｯﾄ F から始まる数字 5 桁か, A からは始まる数字 5 桁. 自身のマイページ「 ■専門医関連 」から確認すること.

(8) 研修期間は, マイページの「 ■専門医関連 」に記載されている『研修開始認定日』から, 『受験に必要な日数(3 年)を満たした日～2026 年 5 月 31 日』の間で, 受験時点の終了日を自身で設定すること.

※ “施設及び指導医の記録”はこのページに記載した研修期間分のものをもれなく記載すること.

※ 症例、単位は記載した研修期間内のものを認める(単位は休止期間中のものも含めることができる).

※ この後の書類に出てくる指導医の署名は全て、自身が設定した終了日時点の指導医のものであること.

(9) 受験資格は, ①専攻医, ②-1. 暫定指導医(要件充足), ②-2. 暫定指導医(要件未充足), ③専攻医, 暫定指導医両方経験(以下「両方経験」)のうち一つを選択する. (区分の詳細は*告示参照*)

(10) 暫定指導医期間は, 『暫定指導医を委嘱された日』から, 『終了した日』とする. 暫定指導医を受験時に継続中の場合は, 終了日を『受験に必要な日数(3 年)を満たした日～2026 年 5 月 31 日』の間で, 自身で設定すること.

(11) 基本学会名は「日本小児科学会」もしくは「日本産婦人科学会」とする.

(12) 基本学会専門医取得年月は小児科専門医もしくは産婦人科専門医の認定開始日とする.

(13) 自宅住所を必ず記載する(マイページへの登録は送付先が自宅でない限り、任意).

(14) 勤務先情報がマイページの「 ■個人情報 」にある【登録情報の確認・変更】ボタンを押した後の情報と必ず一致すること.

※ 受験時点で勤務先がない場合はマイページの自宅情報を必ず入力し, 出願書類の勤務先欄は「なし」としたうえで, 略歴の最終項目を「退局/退職」とすること.

(15) 略歴は大学卒業年と研修開始から現在まで, 最大 8 項目の記載とする。「入職」時点の羅列で構わない(「退局/退職」も含めると 1 施設につき 2 項目要するため、基本的に不要). 異動が多く 8 項目で収まらない場合には 3～4 項目あたりを(中略)とし、直近の 4 施設分の異動がわかるようにすること.

2. 施設及び指導医の記録

1)①専攻医用

※学会 HP のマイページの研修の登録内容と提出する施設及び指導医の記録に差異がないか確認

(1)施設及び指導医の記録記載例が*p10～12*に記載されているので，参考にすること．

(2)「基幹・指定施設での研修期間」欄には，研修を行った基幹・指定施設の施設番号，施設名，指導医名，研修開始日～終了日，研修月数を年代順（古いものが表の上部）に記載する．

※研修月数のカウントに明確なルールはない．端数（1 か月に満たない日数分）は切り捨て or 切り上げをして違和感のない状態であれば可．

(3)「補完施設での研修期間」欄には，研修を行った補完施設の施設番号，施設名，研修開始日～終了日を記載する．また，補完施設が所属する施設群の基幹施設の施設番号，施設名，代表指導医名を記載する．補完施設でのすべての研修期間のうち，最大 6 か月を限度として記載する．

※補完施設での経験症例は，研修期間として申請した期間のみ「3.研修症例記録簿」「9.症例要約簿」に記載できる．また，研修期間として使用する場合は，症例使用の有無を問わず，補完施設の施設年次報告書が登録されていなければならない．

(4)「研修休止期間・専門医認定委員会承認の研修期間」は、表の左側と右側で役割が異なる．

左側は，研修開始認定日から自身が設定した研修終了日までの研修休止期間をすべて記載する．

右側は，研修休止期間のうち，『研修承認申請書』を自ら提出し，専門医認定委員会の承認を得た場合のみ記載する．休止期間を除いて研修日数が充足している場合には必要ない．承認の連絡を受け取った年月日と承認期間を記載するため，事務局より承認の連絡がないものは記載できない．

(5)「研修期間のまとめ」欄には，すべての研修期間を記載する．施設基準別に累積研修期間を記載し，最後に研修期間の合計を記載する．

2)②-2 暫定指導医（要件未充足）・③両方経験用

(1)暫定指導医（要件未充足）の場合は，施設番号，施設名，暫定指導医開始日～終了日，暫定指導医月数を年代順に記載し，暫定指導医期間及び合計年月を記載する．

(2)両方経験の場合は，暫定指導医期間は，施設番号，施設名，暫定指導医開始日～終了日，暫定指導医月数を年代順に記載し，暫定指導医期間，専攻医期間及び合計年月を記載する．専攻医期間は，

研修を行った施設番号，施設名，指導医名，研修開始日～終了日，研修月数を年代順にすべて記載する．

※暫定指導医月数，研修月数のカウントに明確なルールはない．端数（1 か月に満たない日数分）は切り捨て or 切り上げをして違和感のない状態であれば可．

3)②-1 暫定指導医（要件充足）用　専攻医及び専門医の記録（要件充足のみ提出）

(1)専攻医名には 6 か月以上指導した専攻医の氏名を記載する．

(2)専門医名には 6 か月以上指導した専攻医で，母体・胎児専門医資格認定試験の合格者の氏名を記載する．

(3)専攻医名，専門医名ともに最大 3 名まで記載する．

3. 研修症例記録簿（②-1 暫定指導医（要件充足）は提出不要）

同一施設で複数の専攻医が同一症例を提出する時は，受持期間が重複しないようにする．

暫定指導医（要件充足）の場合は，提出の必要はない．

※補完施設での経験症例を記載する場合は，研修期間として申請する 6 か月の期間中のものとする．

1)必要研修症例数

(1)研修期間または暫定指導医（要件未充足）期間に経験した症例を症例別・受持期間の開始月順 / 実施年月の古い順に記載する．

(2)その症例を経験した**施設番号（ｱﾙﾌｧﾍﾞｯﾄ 2 文字＋数字 5 桁）**を症例ごとに必ず記載する．

(3)同一症例にいくつかの疾患名がある場合は，入院目的に最も適した疾患分野を一つ選び記載する．

（例）横隔膜ヘルニアの胎内診断をし，それが原因で羊水過多，切迫早産をきたした症例を，「(3)胎児異常の診断と管理（治療を含む）」として記載した場合，他の疾患分野として症例の記載はできない．（症例の重複はできない）

4. 指導医による専攻医評価記録簿（専攻医のみ提出）

最後に研修した施設の指導医から評価を受け、指導医に署名をもらうこと．最後に研修した施設が補完施設の場合は，施設群の代表指導医から評価・署名を受ける．

5. 専攻医による指導医評価記録簿（専攻医のみ提出）

・ 推薦状に署名を得た指導医について評価を行う．

・「指導医名」は専攻医本人が記載し，指導医から署名をもらう必要はない．

6. 研修単位となる業績一覧

1) 学会または研究会の参加・発表記録簿

(1) 出願書類を使用して単位計算が可能なように作成している．必須単位とそれ以外の単位の区分の誤りや，単位数の誤りが多いので留意する．どうしてもわからない場合は指導医と共に確認する（事務局では事前の単位数の確認には応じない）．

(2) 学会または研究会の参加・発表記録簿に単位を記載できるのは，専攻医は研修開始日以降，暫定指導医は暫定指導医期間中に限る．

(3) 研修の休止期間中の単位も有効．

(4) 指導医の署名欄がある．署名漏れが非常に多いので注意する．

(5)　*告示 p8 を参照*すること.

※第 38 回周産期学シンポジウム(2020 年 2 月開催)の参加証明は参加証と出席証明書のいずれも必要.

2) 学会または研究会の参加証明

(1)　参加証明書の使用方法や使用可否は*告示 p9-10 を参照* すること.

(2)　発表単位は抄録(発行されたもの)のコピーによって証明とする. 自身で抄録を word 等で作成したものは不可. 発表を行った学会名と学術集会の日付や回数(第〇回)などがわかる部分と一緒にコピーする.
※自身の抄録ページに学会名・学術集会名の記載がない場合は, 余白に「第〇回△△△△学会学術集会」などを追記して事務局員が判別のつく状態で提出すること.

(3)　参加証明書を紛失した場合, 専攻医は参加日, 学会または研究会の名称, 単位を記載し, 指導医の署名を得る. 暫定指導医(要件充足・未充足)や両方経験の場合は, 上席者の署名を得る(***受験要領 p21参照***). 上席者が当学会の会員であるか否かは問わない. 複数の学会参加を 1 つの署名でまとめて証明できない. 1 署名につき 1 証明とする.

3) 学術論文刊行記録

・ 学会参加や発表単位で単位が不足する場合のみ使用する. ※論文単位は必須ではない

・ 論文単位を使用せず単位を満たせた場合には, この未記載の書類は出願書に含めないこと.

・ 専攻医が申請できるのは研修開始日以降に Accept されたもの. 暫定指導医は暫定指導医期間中に Accept されたもの.

・ 学術論文の単位は, 全て専門医認定委員会で審査を行うため, 事前の問い合わせ(単位として認められるかの可否確認)は受付けない.

7. 推薦状(①専攻医のみ提出)

最後に研修した施設の指導医の署名を得る. 最後に研修した施設が補完施設の場合は, 施設群の代表指導医の署名を得る.

8. 誓約書

受験者本人の署名, 施設名, 日付を記載する.

9. 症例要約簿

受験出願書の 1. ～8. までとは別に書類が用意されているので, あわせて作成, 提出すること.

ヘッダーには受験者名ではなく必ず会員番号を記載する.

同一施設で複数の専攻医が同一症例を提出する時は, 受持期間が重複しないようにする.

1)症例要約一覧

(1)経験した症例のうち 10 症例を記載する. また, 一症例一疾患とし, 症例の重複はできない.

(2)症例要約一覧の「疾患分野」欄に記載する疾患分野は, 1～7 は指定された疾患分野を記載し, 8～10 は下記(1)～(7)から選択して記載する(***p13～15 参照***).

※症例要約一覧の 8～10 の疾患分野と診断名は必ず記載すること.

(1)　合併症妊娠の管理と治療

(2)　異常妊娠の診断と治療

(3) 胎児異常の診断と管理(治療も含む)

(4) 異常分娩の管理と処置

(5) 産褥異常の管理と処置

(6) 産科感染症の管理と処置

(7) ハイリスク妊婦・胎児に対する診断, 管理, 手術

a 28 週未満の早産の帝王切開

b 前期破水で羊水過少となった早産の帝王切開

c 双胎・3 胎以上の帝王切開

d 前回帝切創に胎盤のかかるあるいは前置胎盤の帝王切開

e 母体救命のための子宮全摘

f 双胎間輸血症候群, 無心体, 横隔膜ヘルニア, 胎児腔水症の管理と胎児・新生児治療施設への適切な搬送時期の判断

(3) 同一症例にいくつかの疾患名がある場合は, 入院目的に最も適した疾患分野を一つ選び記載する.

(4) 診断名は記載しようとする問題点に最も関連する診断名を第一病名として記載する. 必要により第二, 第三病名を記載し, 診断名は正式名称を使用する. 略語は不可とする. (例) NRFS→胎児機能不全

2) 症例要約

症例要約は, 主に以下の 5 項目について審査する.

①症例選択の適切性 ②診断へのアプローチの適切性 ③記載の簡潔・明瞭性 ④倫理的観点の適切性 ⑤治療方針の適切性

症例要約の評価基準を満たさないと判断された場合は不合格となり CBT を受験できない.

正確に要点をまとめて記載し, 指導医によるチェックを受ける. 2026 年度症例要約評価基準と症例要約の記載例 ***(p16～20)***を確認し, 必ず指導医のチェックを受けること.

(1) 文字サイズは 12 ポイントを使用し, 枠内に収まるように記載する. ページの追加は不可とする.

(2) 主訴, 現病歴, 診断までの経過, 診断後の経過(なるべく問題点別に記載), 患者及び家族への説明, 考察の順にすべての項目を必ず記載する.【患者及び家族への説明】には新生児の情報も記載する.

(3) 暫定指導医(要件充足・要件未充足)の場合は, □暫定指導医に, 両方経験の場合は記載する症例が研修期間, 暫定指導医期間のどちらの期間かを確認し, 該当する□にチェックを入れる.

10. 施設年次報告書の提出状況のコピー

自身が勤務した研修施設(複数ある場合はその全て)の施設年次報告書の提出状況をコピーして出願書類に添える. ホチキス止めはしない. 研修開始日の含まれる年度分～2025 年度分までが必要. (***p25 参照***)

▽施設年次報告書の提出状況

https://www.jspnm.jp/modules/specialist/index.php?content_id=18

上記には認定中の施設しか表示されない. もし出願時点で認定を終了した施設分を印刷する必要がある場合には, 名前と会員番号と領域名(母体・胎児領域)を本文中に明記し、事務局(senmoni@jspnm.org)まで「○○病院の施設年次報告書の提出状況を印刷したい」旨をメールで問い合わせること.

表Ⅰ　受験資格一覧

〇:必要　　×:不要

条件	専攻医	暫定指導医		両方経験
		(要件充足)	(要件未充足)	
1. 医師免許証(医籍)を有する	〇	〇	〇	〇
2. 基本学会である日本小児科学会，日本産科婦人科学会のいずれかの専門医である	〇	〇	〇	〇
3. 資格認定試験を受験する時点で 3 年以上継続して日本周産期･新生児医学会会員であり，会費を完納している	〇	〇	〇	〇
4. 認定施設において3年以上の研修を終了し，規則付則に定める必要研修症例数を有している 必要研修症例数が不足している場合は暫定措置申請書を提出し，専門医認定委員会の承認を得る　※1	〇	×	×	×
5. 研修の届出を行い，研修年次報告書を毎年提出している ※2	〇	×	×	〇
6. 研修期間中に認定施設を異動した場合及び指導医が交代した場合，変更届(様式 1-4)を提出している　※2	〇	×	×	〇
7. 所定の単位を取得している (【表Ⅲ　研修単位となる業績一覧】*p9 参照*)	〇	〇	〇	〇
8. 暫定指導医としての期間が 3 年以上である	×	〇	〇	×
9. 規則施行細則第 19 条の指導医の責務と業務を果たしている　※2	×	〇	〇	〇
10. 施設年次報告書を毎年提出している　※2	×	〇	〇	〇
11. 規則施行細則第 22 条による取消処分を受けていない ※2	×	〇	〇	〇
12. 暫定指導医と専攻医期間を合算して3年以上の期間を有する	×	×	×	〇

※1:事務局に問合せる.

※2:③両方経験の場合，5，6 については専攻医期間，9～11 については暫定指導医期間が該当する.

表Ⅱ　出願書類分類一覧

○:提出　×:不要

出願書類	専攻医	暫定指導医		両方経験
		(要件充足)	(要件未充足)	
母体・胎児専門医資格認定試験受験出願書	○	○	○	○
施設及び指導医の記録				
1)①専攻医用	○	×	×	×
2)②-2 暫定指導医(要件未充足)・③両方経験用	×	×	○	○
3)②-1 暫定指導医(要件充足)用　専攻医及び専門医の記録	×	○	×	×
研修症例記録簿	○	×	○	○
指導医による専攻医評価記録簿	○	×	×	×
専攻医による指導医評価記録簿	○	×	×	×
研修単位となる業績一覧	○	○	○	○
推薦状	○	×	×	×
誓約書	○	○	○	○
症例要約簿**(原本 1 部とコピー2 部, 計 3 部の提出が必要)** **※出願書類とは別に書類が用意されているので, 注意すること.**	○	○	○	○
施設年次報告書提出状況のコピー(研修したすべての施設)	○	○	○	○
医師免許証(医籍)のコピー	○	○	○	○
基本学会(日本小児科学会, 日本産科婦人科学会)の専門医認定証のコピー(有効期間内のもの)	○	○	○	○

表Ⅲ　研修単位となる業績一覧

○:必須　△:任意

すべて専門医認定委員会の承認が必要となる	
■研修単位となる業績一覧の出願書類	提出の有無
1)学会または研究会の参加・発表記録簿	○
2)学会または研究会の参加証明	○
3)学会論文刊行記録	△

■研修単位となる業績		
【必須単位】	単位	
(1)　日本周産期・新生児医学会	参加	10
	発表	5
(2)　周産期学シンポジウム	参加	10
	発表	5
(3)　日本産科婦人科学会・日本小児科学会(地方会を含む)	参加	5
	発表	5
(4)　学術論文(筆頭演者または corresponding author として発表)	10	
(A)　(1)～(4)の合計(20 単位以上が必要)		
【その他の単位】	単位	
(5)　日本小児外科学会・日本新生児成育医学会・日本新生児成育医学会教育セミナー・日本麻酔科学会・日本母体胎児医学会・日本糖尿病・妊娠学会・日本妊娠高血圧学会・周産期・新生児学に関連した国際学会	参加	5
	発表	5
(6)　研修単位となる学会・研究会(発表のみ)　※1	発表	10
(B)　(5), (6)の合計		
(A)＋(B)　総合計(30 単位以上が必要)		

※1:対象となる学会・研究会:　https://www.jspnm.jp/modules/specialist/index.php?content_id=4

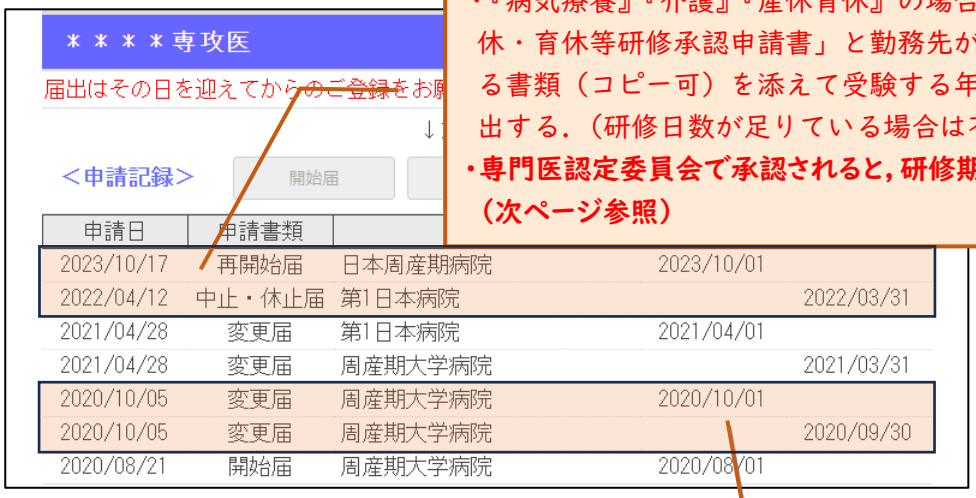
【出願書類記載用参考資料】

■施設及び指導医の記録記載例

【記載上の注意】

1. 研修期間のまとめ以外は，年代順(古いものが表の上部)に記載する．
2. 補完施設での経験症例は，研修期間として申請した期間(最大 6 か月間)のみ「3.研修症例記録簿」「9.症例要約簿」に記載できる．また，症例の使用有無を問わず、研修期間として申請した期間はその年度の補完施設の施設年次報告書が登録されていなければならない．

＜研修記録＞



・『留学』『病気療養』『介護』『産休育休』の場合は，「研修休止届」および「研修再開始届」の登録が必要．

・留学期間を研修期間として申請する場合は「留学研修承認申請書」と留学期間が記載された招聘状，もしくは留学証明書を添えて受験する年の 1 月～3 月に事務局へ提出する．(研修日数が足りている場合は不要)

・『病気療養』『介護』『産休育休』の場合は「病気療養、介護、産休・育休等研修承認申請書」と勤務先が承認した休職期間を証明する書類（コピー可）を添えて受験する年の 1 月～3 月に事務局へ提出する．(研修日数が足りている場合は不要)

・専門医認定委員会で承認されると，研修期間として申請可能となる．（次ページ参照）

同じ施設での連続した研修であっても，指導医が変更となった場合は「施設・指導医変更届」の登録が必要

2. 施設及び指導医の記録

1) 専攻医用(年代順)

基幹・指定施設での研修期間

施設番号	基幹・指定施設名	指導医名	研修開始日～終了日	研修月数
(例) PA99999	○○病院	日本　太郎	2017. 4.1～2020.3.31	36
PA11111	周産期大学病院	周産　三郎	2020.8.1～2020.9.30	2
PA11111	周産期大学病院	周産　四郎	2020.10.1～2021.3.31	6
PB22222	日本周産期病院	日本　次郎	2023.10.1～2025.3.31	18

同じ施設での連続した研修であっても，指導医が変更となった場合はそれぞれ異なる行で記載が必要

補完施設での研修期間（研修期間として申請する場合のみ記載）

補完施設番号	補完施設名		研修開始日～終了日	
(例) PC11111	××病院		2017.4.1～2020.3.31	
補完施設が所属する施設群の基幹施設情報			上記期間のうち，研修期間として申請する期間（最大 6 か月）	研修月数
基幹施設番号	基幹施設名	基幹施設代表指導医名		
(例) PA99999	○○病院	日本　太郎		
補完施設番号	補完施設名		研修開始日～終了日	
PC33333	第 1 日本病院		2021.4.1～2022.3.31	
補完施設が所属する施設群の基幹施設情報			上記期間のうち，研修期間として申請する期間（最大 6 か月）	研修月数
基幹施設番号	基幹施設名	基幹施設代表指導医名		
PA11111	周産期大学病院	周産　四郎	2021.4.1 ～ 2021.9.30	6

補完施設の指導医は，補完施設が所属する施設群の基幹施設の代表指導医となる

研修期間として申請した 6 か月間（2021.4.1～2021.9.30）のみ，補完施設での経験症例を記載できる．
複数の補完施設で研修した場合でも，合計 6 か月間しか申請できない．

研修休止期間・専門医認定委員会承認の研修期間

研修休止期間をすべて記入する		研修休止期間のうち，専門医認定委員会の承認を得て，研修期間として申請可能な場合のみ記載（承認されていない場合は記載できない）		
研修休止期間		該当するものに○	承認年月日	承認期間
1	西暦　2022 年　4 月 1 日～2023　年　9 月 30 日	病気療養・介護・産休育休・留学	2023 年 12 月 5 日	2022 年　4 月 1 日　～ 2023 年　3 月 31 日
2	西暦　　年　月　日 ～　　年　月　日	病気療養・介護・産休育休・留学	年　月　日	年　月　日 年　月　日
3	西暦　　年　月　日 ～　　年　月　日	病気療養・介護・産休育休・留学	年　月　日	年　月　日 ～ 年　月　日
4	西暦　　年　月　日 ～　　年　月　日	病気療養・介護・産休育休・留学	年　月　日	年　月　日 ～ 年　月　日

専門医認定委員会承認との連絡を受け取った年月日を記載する
※『研修休止届及び再開始届の登録』や『申請書の提出』だけでは研修期間として認められない

研修期間まとめ

（施設基準）　　（累積研修期間）

基幹施設　　年　8　か月

指定施設　1　年　6　か月

補完施設　（最大６か月）　6　か月

（専門医認定委員会承認の研修期間：該当するものに〇を付ける）

病気療養・介護・産休育休・留学　1　年　0　か月

研修期間合計　3　年　8　か月

専門医認定委員会より承認を得た期間の合計のみを記載する
（本例の場合，実際に留学を行った 2022 年４月１日～2023 年９月 30 日であるが、専門医認定委員会の承認期間が１年だったため、『1年６か月』と記載すると，誤りとなる）

■必要研修症例数の詳細

1) 合併症妊娠の管理と治療(20 例以上)

a. 婦人科疾患(子宮筋腫, 卵巣腫瘍, 子宮頸癌など)

b. 心・血管系疾患(心疾患, 高血圧, 脳出血, 脳梗塞, 深部静脈血栓症など)

c. 血液疾患(免疫性血小板減少症, 白血病など)

d. 泌尿器疾患(慢性腎炎, ネフローゼなど)

e. 肝疾患(妊娠性肝内胆汁うっ滞, 急性妊娠性脂肪肝、ウイルス性肝炎など)

f. 呼吸器疾患(肺血栓塞栓症, 肺結核など)

g. 内分泌・代謝疾患(糖尿病, 甲状腺機能亢進・低下症など)

h. 自己免疫疾患(全身性エリテマトーデスなど)

i. 感染症(産科感染症を除く)

j. 消化器疾患(虫垂炎, イレウスなど)

k. 精神・神経疾患(統合失調症, てんかん, うつ病, 双極性障害, パニック症候群など)

l. その他の疾患

2) 異常妊娠の診断と治療(20 例以上)

a. 重症妊娠悪阻

b. 切迫流産・流産(妊娠 12 週以降)

c. 異所性妊娠(頸管妊娠, 帝王切開瘢痕部妊娠を含む)

d. 切迫早産, 早産, 前期破水(妊娠 28 週未満)

e. 妊娠高血圧症候群(子癇など)

f. 常位胎盤早期剥離

g. 前置胎盤, 低置胎盤

h. 羊水量の異常

i. 多胎妊娠

j. 血液型不適合妊娠

k. 過期産

l. 血栓症(肺血栓塞栓症, 深部静脈血栓症など)

m. 妊娠中の多臓器不全(急性妊娠性脂肪肝など)

3) 胎児異常の診断と管理(治療も含む)(5 例以上)

a. 染色体異常

b. 胎児発育不全

c. 形態異常

d. 胎児水腫

e. 子宮内胎児死亡

f. 双胎間輸血症候群

g. 無心体

4) 異常分娩の管理と処置(20 例以上)

a. 微弱陣痛と過強陣痛, 陣痛誘発と促進

b. 児頭骨盤不均衡の判定と試験分娩

c. 産道異常(狭骨盤, 軟産道強靭, 頸管熟化不全)

d. 胎勢の異常, 回旋の異常, 進入の異常

e. 胎位の異常

f. 多胎分娩

g. 遷延分娩, 分娩停止

h. 前期破水(妊娠 28 週未満)

i. 子宮破裂

j. 子宮内反症

k. 頸管裂傷, 腟・会陰裂傷(直腸損傷を含む)

l. 産道血腫

m. 恥骨結合離開

n. 胎児機能不全

o. 臍帯の異常(下垂・脱出, その他)

p. 胎盤の異常(癒着胎盤, 胎盤梗塞, 前置胎盤)

q. 分娩時大量出血(前置胎盤, 癒着胎盤, 弛緩出血, その他), 播種性血管内凝固症候群

r. 産科ショック(出血性ショック, 播種性血管内凝固症候群, 羊水塞栓, toxic shock syndrome)

s. 自己血輸血の計画と実施, 緊急輸血への対応

5) 産褥異常の管理と処置(10 例以上)

a. 子宮復古不全

b. 産褥期出血

c. 産褥熱

d. 静脈血栓症

e. 肺塞栓

f. 乳汁分泌不全

g. 乳腺炎

h. 産褥精神障害

6) 産科感染症の管理と処置(10 例以上)

a. 子宮内感染症(絨毛膜羊膜炎, 産褥子宮内感染, 産褥熱)

b. 母子感染症(TORCH 症候群, HIV, HTLV-I, ウイルス性肝炎など)

7) ハイリスク妊婦・胎児に対する診断, 管理, 手術(5 例以上)

a. 28 週未満の早産の帝王切開

b. 前期破水で羊水過少となった早産の帝王切開

c. 双胎・3 胎以上の帝王切開

d. 前回帝切創に胎盤のかかるあるいは前置胎盤の帝王切開

e. 母体救命のための子宮全摘

f. 双胎間輸血症候群, 無心体, 横隔膜ヘルニア, 胎児腔水症の管理と胎児・新生児治療施設への適切な搬送時期の判断

8) 産科麻酔(無痛分娩を含む)(10 例以上)

9) 新生児の管理と処置(50 例以上)

a. 健常新生児の一般管理

b. 病的新生児の診断と初期管理

c. 病的新生児の搬送

d. 新生児に対する薬物治療

■症例要約記入例　望ましい例 1

症例番号 2:異常妊娠の診断と治療		施設番号	P○○○○○○
診断時(入院時)年齢	00 歳	受持期間	0000 年0 月～0000 年 00 月
妊娠(在胎)週 日 (診断時または入院時)	28 週　　6 日	妊娠・分娩回数	2 妊 0 産(自然流産 1 回)
診断名(3 行以内)	全前置胎盤 切迫早産		
転帰(2 行以内) (退院時の母体・胎児または新生児の状態)	母体:軽度貧血のみで退院 新生児:日齢 10 日で退院		
既往歴(3 行以内)	30 歳　潜在性甲状腺機能低下症		

【主訴】:性器出血

【現病歴】:体外受精で妊娠し, 前医で妊娠 20 週より前置胎盤の指摘があった. 妊娠 28 週 6 日に性器出血を認めたため当院へ母体搬送となった.

【診断までの経過】:

来院時身体所見:血圧 129/81mmHg, 脈拍数 82 回/分, 体温 36. 4℃, 腟鏡診では暗赤色の出血が継続していた. 経腟超音波断層法検査:子宮頸管長は 29mm, 胎盤は後壁付着で内子宮口を 30mm 覆っていた. 経腹超音波断層法検査:胎位は頭位, 推定胎児体重 1, 229g(-0. 4SD), 最大羊水深度 6. 26cm, 胎児形態は異常を認めなかった. また胎盤中の血液間隙(Lacuna)は目立たず, 胎盤後壁の低エコー帯消失(Loss of retro-placental space)の所見を認めなかった. 胎児心拍数陣痛図では, 不規則な子宮収縮を認めた. 以上より全前置胎盤, 警告出血, 切迫早産と診断し, 入院管理を行った.

【診断後の経過(なるべく問題点別に記載)】:

全前置胎盤:定期的に診察を行ったが, 胎盤は内子宮口を 20mm 以上覆い全前置胎盤の診断は変わらなかった. 妊娠 29 週時に行った胎盤の MRI 検査では内部の不均一な信号や T2 dark band は認めず, 超音波検査所見と合わせて癒着胎盤の可能性は低いと判断した. 妊娠 32 週より自己血貯血を開始し 1, 200mL の貯血を行った.

切迫早産:来院後出血が継続したため, ベタメタゾン 12 mg を 2 日間筋肉内投与した. 前医より, リトドリン塩酸塩 66μg/分で投与されていたため継続したが, 性器出血や子宮収縮が軽快したため妊娠 29 週 3 日に投与を中止した.

全前置胎盤に対し妊娠 37 週 0 日で選択的帝王切開術を施行した. 術中所見では明らかな癒着胎盤は認めなかった. 分娩時出血は 2, 080 g(羊水込み)で, 自己血を 400mL 返血した. 術後 1 日目の血液検査で Hb 9. 0 g/dL と貧血を認め, フマル酸第一鉄 100 mg の内服を開始した. 術後経過は良好で術後 7 日目に退院となった. 児は 2, 619 g の男児で Apgar スコア 1 分 8 点・5 分 9 点, 臍帯動脈血液ガス pH 7. 318, 新生児一過性多呼吸を認めたため NICU 管理となった.

【患者及び家族への説明】:全前置胎盤の警告出血のため早産になる可能性や, 画像上癒着胎盤の可能性は低いが, 帝王切開時に大量出血で輸血や子宮摘出の可能性を説明した.

【考察】:結果的に正期産まで妊娠継続したため, ベタメタゾンの投与は不要であった可能性はあるが, 警告出血例の 47%は 4 週間以内に分娩になると報告されており, やむを得ない判断と考えられる. 切迫早産に対する子宮収縮抑制薬の維持療法は海外で否定されており, 本例でも症状が軽快した時点で中止とした. また癒着胎盤の正確な術前診断は難しいが, 画像所見と結果は合致した.

□暫定指導医	両方経験　　□研修期間　　□暫定指導医期間

■症例要約記入例　望ましい例 2

症例番号 1:合併症妊娠の管理と治療		施設番号	P○○○○○
診断時(入院時)年齢	30 歳	受持期間	0000 年 00 月～0000 年 00 月
妊娠(在胎)週日 (診断時または入院時)	20 週　4 日	妊娠・分娩回数	1 妊　　0 産
診断名(3 行以内)	子宮頸癌合併妊娠		
転帰(2 行以内) (退院時の母体・胎児または新生児の状態)	母体:術後化学療法を予定し退院 新生児:早産　低出生体重児, 良好な状態で退院		
既往歴(3 行以内)	特記事項なし		

【主訴】: 子宮頸部細胞診異常指摘

【現病歴】:月経周期は 28 から 30 日で整であり, 不正出血は認めなかった. 自然妊娠が成立し, 近医のクリニックで実施された子宮頸部細胞診が高度扁平上皮内病変(High Grade Squamous Intraepithelial Lesion;HSIL)であったため総合病院へ紹介された.

【診断までの経過】:B 総合病院での子宮頸部組織診で子宮頸部上皮内癌か浸潤癌であると診断された. 治療方針相談のため, C 大学病院へ妊娠 10 週に紹介受診となった. 約 5cm 大の子宮頸部腫瘤を認め, 子宮頸癌(扁平上皮癌)ⅡA1 期と診断された.

【診断後の経過(なるべく問題点別に記載)】:C 大学病院は遠方であるため当院に紹介となった. 本人が治療に対する抵抗感が強く躊躇したため妊娠 20 週 4 日に受診した. 本人と家族の妊娠継続への強い希望があったため妊娠継続を検討し, 小児科と産婦人科でカンファレンスを行った. その結果, 妊娠 30 週頃までの妊娠期間延長を目指して triweekly タキソール・カルボプラチン(TC)療法を行う方針とした. 妊娠中の抗癌薬投与については, 副作用等の可能性を説明し, 本人と家族の同意を得た. 妊娠 23 週, 妊娠 26 週に抗癌薬の投与を行い, 腫瘍サイズは 75%へ縮小と partial response の状態であった. 妊娠 31 週 5 日に帝王切開および広汎子宮全摘術, 両側卵巣移動術を行った. 術中出血は 1, 300g で, 赤血球輸血を 4 単位行った. 術後経過は良好で術後 14 日に退院となった. 病理組織診断で扁平上皮癌であり脈管侵襲がみられたため術後化学療法として TC 療法を 3 コース行うことを決定し, 近医 D 病院へ紹介した.

児は出生体重が 1, 835g, 女児, 臍帯動脈pH 7. 301, Apgar スコア 1 分 5 点・5 分 2 点で気管挿管および胸骨圧迫を行った. 呼吸窮迫症候群のため人工サーファクタントを投与した. その後の経過は良好で日齢 3 で抜管した. 明らかな神経学的後遺症や網膜症の発症はなく, 順調に体重増加し, 日齢 53 で退院となった.

【患者及び家族への説明】:妊娠期間を延長させれば児の予後が改善することが期待できるが, 子宮頸癌の進行が危惧される. 化学療法を行って効果が得られれば癌の進展を抑えながら妊娠期間を延長させることが可能である. しかし, 化学療法の副作用として, 胎児発育不全, 骨髄抑制, 脱毛, 感音性難聴が起きる可能性があり, 胎児の発育をよく観察するとともに出生後に小児科で検査・治療を行う.

【考察】:在胎期間の延長と腫瘍の進展とのバランスを考慮して治療期間を検討することが必要であった. また, 本人と家族の挙児希望が強く, 抗癌薬が胎児に与える影響を恐れる気持ちが強かったが, 適切な情報提供により不安を軽減し治療を行うことが出来た.

□暫定指導医	両方経験　　□研修期間　　□暫定指導医期間

■症例要約記入例　望ましくない例 1　※は修正が必要な部分．理由は欄外に記載

症例番号 2：異常妊娠の診断と治療		施設番号	P○○○○○○
診断時（入院時）年齢	29 歳	受持期間	2018 年8 月～2019 年 12 月※1
妊娠(在胎)週 日 （診断時または入院時）	24 週　　0 日	妊娠・分娩回数	0 妊 0 産※2
診断名（3 行以内）	HDP※3, 4 FGR※3, 4		
転帰（2 行以内） （退院時の母体・胎児または新生児の状態）	母体：降圧薬内服で退院 新生児：日齢 10　敗血症性ショックで新生児死亡		
既往歴（3 行以内）	特記事項なし※5		

【主訴】：HDP※3, 4, 6

【現病歴】：妊娠前から会社の健康診断で血圧が高めであることを指摘されていた．自然妊娠後，前医で妊婦健康診査を受けていた．妊娠 16 週から血圧が上昇したが経過観察となり，妊娠 20 週では血圧 132/94mmHg，尿蛋白 2+だったにも関わらず帰されていた．※7妊娠 24 週 0 日に血圧が重症域となったため，当院へ母搬※8された．

【診断までの経過※9】：

血圧 170/110※10 体重 63．5kg(非妊時体重 56kg)，下腿浮腫を認めた．

母体のクレアチニンクリアランス 114※11，1 日尿蛋白量 0．22g で腎機能は保たれていたが，血圧が重症域だったため，アルドメット※12 2，000mg/day の内服を行った．胎児超音波検査では，推定胎児体重 300g(−3．8SD)，Symmetrical FGR で，臍帯動脈拡張期血流は途絶，静脈管血流は正常，房室弁逆流なし，大動脈狭部の血流は逆流．Tei-index は左右とも 0．5 であった．羊水量は保たれており，BPS※4 で 10/10 と well-being も保たれていると診断した．

【診断後の経過（なるべく問題点別に記載）※13】：

早期の娩出が考えられるためリンデロン※12 12mg 筋注※8 2 回（1 クール）投与を行った．降圧薬で母体の収縮期血圧は 130～140mmHg に改善したが，NST※4 で胎児心拍の variability が減少．超音波検査では well-being に問題が生じていなかったが，降圧による胎盤血流量減少が原因と考え，降圧薬を中止．翌日の母体収縮期血圧が 180～190mmHg まで悪化したため，妊娠 24 週 5 日に eC/S※14 による分娩の方針とした．児は 330g，女児，挿管※15され NICU に入室となった．母体経過は順調で降圧薬内服で退院となった．児は日齢 10 日に敗血症性ショックで死亡した．

【患者及び家族への説明※16】：妊娠高血圧症候群重症のために母児にとって危険な状態であること，そのため早期に分娩することにより母体の状態の改善を図りたいが，早産や未熟児で生まれるリスクが生じる．妊娠 24 週に 300g 台で生まれた児は死亡や発達障害のリスクも生じると本人とご家族※17に説明を行った．

【考察】：妊娠高血圧症候群重症，子宮内胎児発育遅延を管理した症例であった．血圧コントロール不良のため娩出となったが，残念ながら新生児死亡となった．

□暫定指導医	両方経験　　□研修期間　　□暫定指導医期間

※1 研修期間中に担当した症例であること．
※2 今回の妊娠を含めて記載する．
※3 診断名に略語を使用しない．
※4 用語は最新の医学用語辞典，日本産科婦人科学会産科婦人科用語集，日本小児科学会小児科用語集，最新のガイドラインなどに準拠した用語で記載する．外国語は極力避け，その使用は適切な日本語がない場合に限る．また略語の初回使用時は，省略しない語を記載し，括弧内に略語を示すこと．
※5 全ての症例に画一的に「特記事項なし」と記載するのは望ましくない．
※6 主訴として相応しい用語で記載する．
※7 批判的な記載はするべきではない．
※8 日本語の略語を用いない．

※9【診断までの経過】は時系列にまとめ，簡潔明瞭に記載する．
※10 バイタルサインの記載に単位を忘れない．
※11 検査値は，「一般に単位の記載を省略することが広く認められているもの」以外は単位を附記する．具体的には白血球数，赤血球数などは単位記載の省略が医師国家試験においても認められている．なお，スペースも限られているため，正常範囲の記載は必須ではない．
※12 薬品や医療機器，医療材料の名称は商品名ではなく一般名を記載する．
※13【診断後の経過】は問題点別にまとめ，簡潔明瞭に記載する．
※14 一部の施設でのみ使用している特殊な用語を使用しない．
※15 気管挿管と記載する．
※16 この項目のみ，フォントサイズや字体が異なる．
※17 症例要約に敬語は相応しくない．

■症例要約記入例　望ましくない例 2

症例番号 1:合併症妊娠の管理と治療		施設番号	PA○○○○○※1
診断時(入院時)年齢	35 歳	受持期間	年　月～　年　月※1
妊娠(在胎)週日 (診断時または入院時)	33 週　4 日	妊娠・分娩回数	3　妊　　0　産
診断名(3 行以内)	子宮筋腫合併妊娠 胎児発育不全 切迫早産		
転帰(2 行以内) (退院時の母体・胎児または新生児の状態)	母体:術後7日目に軽快退院 新生児:一過性多呼吸のため酸素投与したが，日齢 10 に退院		
既往歴(3 行以内)	特記事項なし		

【主訴】:　子宮筋腫合併妊娠

【現病歴】:前医にて体外受精で妊娠成立．以前より 10cm 大の子宮筋腫を指摘されていた．22 週に胎児発育不全を認め，精査目的で 28 週 6 日に紹介初診となった．

【診断までの経過】:28 週 6 日での当院での診察では，子宮下部前壁に 10cm 大の子宮筋腫を認めた．また推定胎児体重は 954g(-2．1SD)であった．産道通過障害の有無を調べる目的で 31 週 1 日に胎児 MRI を施行，子宮下部前壁下方に 12＊10＊11cm 大の筋腫を認め，筋腫が児頭に洗身※2している所見であった．胎児発育不全の増悪と子宮頸管長の短縮を認めたため，33 週 3 日※3 より入院管理を行った．

【診断後の経過(なるべく問題点別に記載)】:
＃子宮筋腫合併妊娠
母体 MRI の結果から経腟分娩は困難と判断し，インフォームドコンセントを得て，選択的帝王切開予定とした．周術期の出血に備えて，自己血貯血(300mL)を行った．36 週 6 日に選択的帝王切開を施行した．術中出血は 1，028g(羊水込み)で，自己血 300mL を返血した．弛緩出血の所見はなく，術後1日目の採血で Hb 11．2g/dL と貧血は認めなかった．術後感染のリスクを鑑みて，術後 3 日目までセファゾリンナトリウム点滴を行った．術後経過は良好で，術後7日目に退院となった．時は※4 2，132g の女児で Apgar スコア 1分 8 点・5 分 8 点，臍帯動脈 pH 7．302 であった．

【患者及び家族への説明】:筋腫が児頭よりも大きく，また先進しており，児が産道を通過することが困難であるため，分娩時は帝王切開が安全でしょう．手術時は筋腫より出血増加や弛緩出血の可能性があるため，あらかじめ自己血を貯血することを推奨した．

【考察】:子宮筋腫合併妊娠の問題点として，切迫流早産，胎児発育不全，前期破水，常位胎盤早期剥離などが挙げられる．本症例でも切迫早産および胎児発育不全を認め，子宮筋腫が一因だったと考えられる．手術時は筋腫周辺組織からの出血があり，術中出血はやや多かったが，弛緩出血はなく，自己血返血のみで対応できた．

□暫定指導医	両方経験　□研修期間　□暫定指導医期間

※1 研修期間中に担当した症例であること．
※2 誤字である．正しくは先進．
※3 妊娠(在胎)週日では 33 週 4 日となっている．
※4 誤字である．正しくは児．

■学会または研究会の参加証明記入例

【記載上の注意】

1. 参加証の発行がない学会や研究会の場合，または参加証を紛失した場合，専攻医は，参加日，学会または研究会の名称，単位を記載し，指導医の署名を得る．暫定指導医（要件充足・未充足）と両方経験の場合は，上席者の署名を得る（下記参照）．スペースが足りない場合は，コピーして使用する．発表した場合は，抄録のコピーを添付する．参加証は，A4 サイズのものは本紙の後ろに添え，ネームホルダー等の小さいサイズのものは本紙に貼付すること．
2. 日本産科婦人科学会会員ポータルの「学術集会参加」ページのコピーでも可.その場合，右上に表示される氏名が確認できるように印刷をし，単位として申請する学会等にマーカーで印をつけること．

※第 38 回周産期学シンポジウム（2020 年 2 月開催）の参加証明は,参加証と出席証明書のいずれも提出が必要

3. 論文は単位が不足している場合のみ添付．
4. 極力，必要単位以上の書類は添付しない．

参加日 （西暦）	学会または研究会の名称 （参加証等証明貼付）	必須単位	その他の単位
基本形 2017.7.15	第〇〇回　日本周産期・新生児医学会学術集会 第〇〇回　日本周産期・新生児医学会 学術集会　10 単位	参加 10	
参加証がない場合 2017.7.15	第〇〇回　日本周産期・新生児医学会学術集会 第〇〇回　日本周産期・新生児医学会 学術集会 所属 〇〇〇病院 氏名 周産期　花子	参加 10	
参加＋発表の場合 2017.7.15	第〇〇回　日本周産期・新生児医学会学術集会	参加 10 発表 5	
添付出来る証明書が全てない場合 2017.7.15	第〇〇回　日本周産期・新生児医学会学術集会 日本 一郎	参加 10	

参加証が A4 サイズの場合は貼付せず後ろに添付する

参加証がない場合はネームプレートのコピーでも可

・発表の単位申請を行う場合は，抄録のコピーを添付する
※コピーした抄録に学会名や回数がない場合は，手書きで追記をするなどして，どの学術集会の抄録か判断がつくようにする
・参加証がない場合でも発表していれば抄録のコピーのみ提出でも可
（参加及び発表の両単位の証明となる）

専攻医期間の場合：
参加証もしくはネームプレートがない場合は指導医の署名が必要
※発表した場合は抄録のコピー提出で可

暫定指導医期間の場合：
参加証もしくはネームプレートがない場合は上席者の署名が必要
※上席者の所属科は問わない
※発表した場合は抄録のコピー提出で可

■【参考】学術集会やシンポジウムの参加単位証明について

●現地参加のみの場合： 2)学会または研究会の参加証明に貼付

所属先・お名前の記載された部分と
大会長の印がある部分を参加証明とみなします

出願書類/更新書類内の参加証明欄へ
参加証(参考左図)を貼り付ける

●web 参加のみの場合： A4 サイズで出力し、ホチキス止めはしない

お名前・所属先の記載された
学会参加証明証(A4 サイズ)の印刷
⇓
出願書類の学会または研究会の参加証明に
タイトル(学術集会名)の記載と
A4 の証明書(参考左図)を別紙として添える

●現地参加および web 参加 両方の場合

上記どちらの証明方法でも可

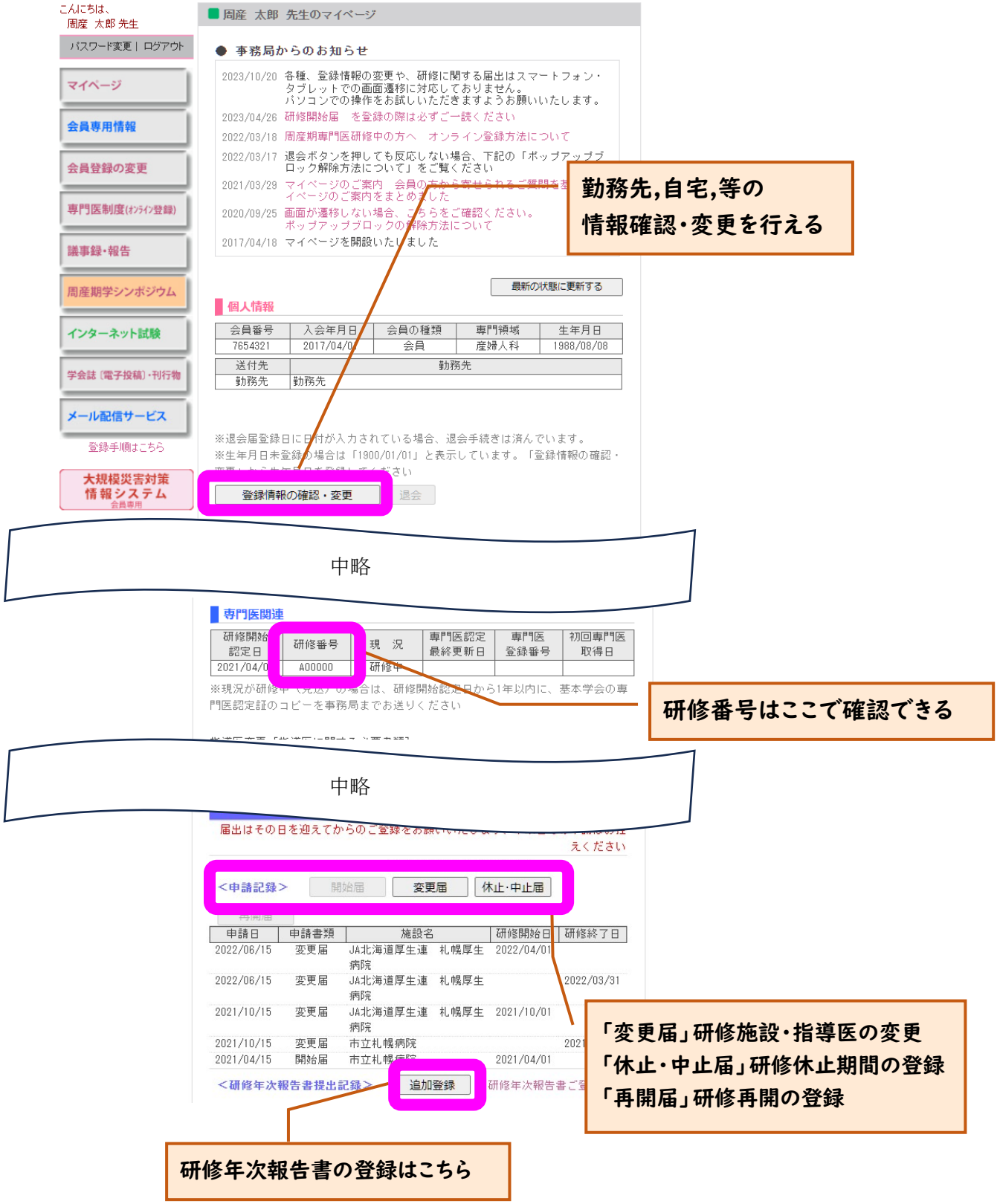
【その他参考資料】

1. 会員登録の変更_マイページからの変更手順①

会員番号・パスワードでログイン
（パスワードを変更していない場合は，生年月日を８桁）

勤務先，自宅住所やメールアドレスの登録を変更する場合に使用する
※「会員登録の変更」からも変更できる
※スマートフォン・タブレットでの画面遷移は対応していない
※E-mail は問合せ等に使用するので，必ず使用できる E-mail を登録する

2. 会員登録の変更_マイページからの変更手順②



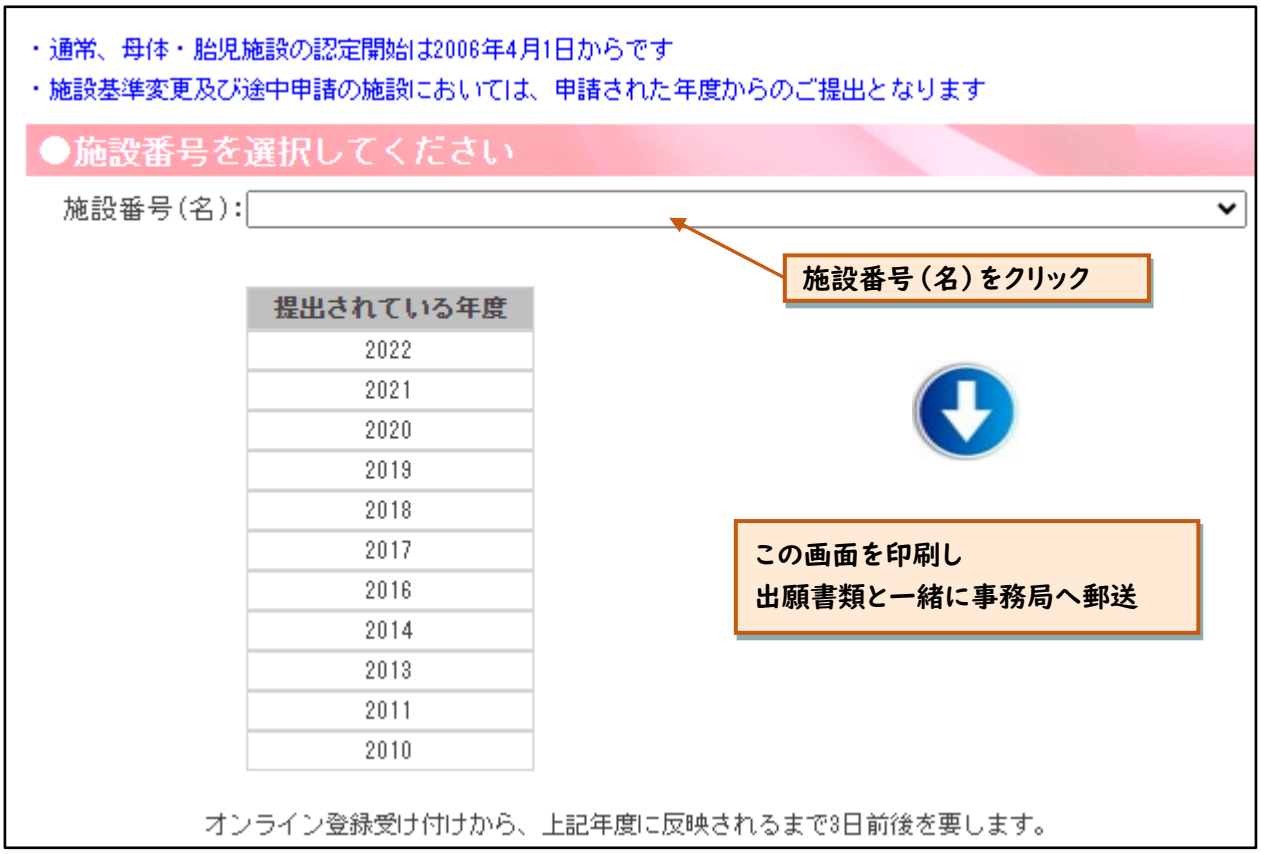
3. 必要書類の掲載箇所

1. 研修に必要な書類:施設・指導医変更届や研修年次報告書のオンライン登録等を掲載
   https://www.jspnm.jp/modules/specialist/index.php?content_id=14#anchor1

2. 専門医試験に必要な書類:試験受験要領, 出願書, 症例要約簿掲載
   https://www.jspnm.jp/modules/specialist/index.php?content_id=14#anchor4

4. 施設年次報告書提出状況確認画面

https://www.jspnm.com/Senmoni/BNenjiSumi.aspx



・提出されていない年度がある場合, 専攻医が受験資格を得られないので, 代表指導医に登録を依頼する.
・補完施設での経験症例を必要研修症例あるいは症例要約に記載する場合は, その年度の補完施設の施設年次報告書が登録されていなければならないため, 補完施設の施設責任者等に登録依頼する.