

(4) 申請3 がん治療研修修了証明書 兼 症例一覧表 編集

①編集

認定研修施設で担当医として経験したがん患者の症例を入力します。
予備を含めて25症例を入力できます。

申請3は、施設毎に症例を入力します。

以下に該当する場合は、[申請3②]、必要であれば[申請3③]へ進んでください。

申請3①の入力内容が

- ・がん治療研修期間が24ヶ月未満
- ・あるいは 症例が20例に満たない

入力内容は、入力した認定研修施設の病院長 および 指導責任者 による証明が必要です。

[申請3①]に施設A、[申請3②]に施設Bを入力した場合、[申請3①]は施設Aの病院長 および 指導責任者による証明が必要です。[申請3②]は、施設Bの病院長 および 指導責任者による証明が必要となります。

入力の際には「[申請3 記載フローチャート](#)」(p.30) をご参照ください。

審査基準は以下をご確認ください。

https://www.jbct.jp/Portals/0/Linkdata/Regulation/criterion_new.pdf

「申請3」がん治療研修修了証明書 兼 症例一覧表の内容登録ができます。
研修を行った施設の情報を入力してください

※1:申請3に入力した施設のみ入力してください

認定研修施設番号 施設検索
指導責任者 認定番号: 99999 指導責任者検索

登録期間
 有効 1年目を指定 2020/06 2021/12
 有効 1年目を指定
 有効 1年目を指定

担当医として経験したがん患者（入院・外来は問いません）の症例を入力後、【入力内容の確認】
てください。

※申請3①～③は全画面で入力してください。手帳を併用して入力することができます。
・任意につまみ消しのみ入力してください。
・担当医として行った治療にのみチェックを付けてください。
・属性は属性とわがなが検索（一級医・研修不可）を入力してください。

第一項：指導医
第二項：指導医（指導医）または研修医

【認定研修施設番号】
申請2に登録した認定研修施設のみ、入力可能です。
施設検索検索し、認定研修施設を[+]で選択。
※申請2に登録した認定研修施設のみ、入力可能です。

【指導責任者】
※ がん治療研修を行った認定研修施設に「現在」常勤している指導責任者を入力してください。
◆ がん治療認定医に対する指導責任者は、
・更新を経たがん治療認定医
他科の指導責任者による証明でも認められます。
◆ がん治療認定医(歯科口腔外科)に対する指導責任者は、
・更新を経たがん治療認定医
・更新を経たがん治療認定医(歯科口腔外科)
指導責任者であれば、科を問いません。
※「暫定教育医」および「暫定教育医(歯科口腔外科)」は、暫定教育医制度廃止(2018年3月31日)に伴い指導責任者として認められません。

※在籍期間・診療期間には、初期研修期間は入力しないでください。

「過去に認定されていた施設」での症例を申請されたい場合は、
事務局までメール(c-info@imic.or.jp)にてお問合せください。

ブラウザにより申請画面の右端が表示されない場合は、全画面表示などをご確認ください。

注1：質標準委員会では、良悪性が不明なものは症例数としてカウントいたしません。
診断名には、明らかに悪性であることがわかる診断名をご記入ください。
注2：歯科口腔外科の場合、診断名は「口腔がん」のみ記載だけでなく、「舌がん」・「上顎歯肉がん」・「下顎歯肉がん」・「口底がん」等をご記入ください。

担当医として行なった治療にのみチェックをつけてください。1症例で複数チェック可です。「その他」の場合は、チェックおよび具体的内容を入力してください。

年齢： 選択 性別： 選択

手術 薬物療法 放射線 緩和治療 その他：

01 診療期間： 2021/06 ~ 2021/12

診断名：

※診療期間には、初期研修期間は入力しないでください。

年齢： 選択 性別： 選択

手術 薬物療法 放射線 緩和治療 その他：

02 診療期間： 2021/05 ~ 2021/12

診断名：

診断名には一般名を入力してください(略語不可)

年齢： 選択 性別： 選択

手術 薬物療法 放射線 緩和治療 その他： ホメオパシー

03 診療期間： 2021/04 ~ 2021/08

診断名：

年齢： 選択 性別： 女

手術 薬物療法 放射線 緩和治療 その他：

04 診療期間： ~ 2021/08

診断名：

年齢： 2 性別： 女

手術 薬物療法 放射線 緩和治療 その他：

予1 診療期間： ~

診断名：

予01, 予02, 予03, 予04, 予05
予備の症例を5例まで登録することができます。

年齢： 選択 性別： 選択

手術 薬物療法 放射線 緩和治療 その他：

予2 診療期間： ~

診断名：

年齢： 選択 性別： 選択

手術 薬物療法 放射線 緩和治療 その他：

予3 診療期間： ~

診断名：

年齢： 選択 性別： 選択

手術 薬物療法 放射線 緩和治療 その他：

予4 診療期間： ~

診断名：

年齢： 選択 性別： 選択

手術 薬物療法 放射線 緩和治療 その他：

予5 診療期間： ~

診断名：

全ての入力・確認後、
入力内容の確認 クリック
※一時保存をしたい場合も**入力内容の確認** クリックし、保存後に再度**編集**してください。

上記の内容をご入力いただき、問題ないようであれば入力内容の確認ボタンをクリックしてください。

もどる **入力内容の確認**