

書式 1

## レジデントプログラム実施申請書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

研修要件 13 項目の実施と、実施方法について申請します。

要件 1 :

要件 2 :

要件 3 :

要件 4 :

要件 5 :

要件 6 :

要件 7 :

要件 8 :

要件 9 :

要件 10 :

要件 11 :

要件 12 :

要件 13 :

\* : 実施できる場合にはチェック  をしてください。右の余白に実施方法を簡潔に記載ください。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

基幹施設研修責任者氏名 \_\_\_\_\_ 印

どちらかにチェック  をしてください。

日本小動物外科専門医である

その他 ( \_\_\_\_\_ )

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

書式 2

## レジデントプログラム遂行誓約書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

わたくしは基幹施設研修責任者として、レジデントの教育に際して、日本小動物外科専門医研修プログラムを遵守し、遂行することを誓います。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

基幹施設研修責任者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 基幹施設の施設と設備申請書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

当基幹施設は以下の施設と設備を要していることを申請します。

1. 面積 \_\_\_\_\_m<sup>2</sup> (平面図を添付すること)
2. 獣医師総数 \_\_\_\_\_名で、麻酔、画像診断、内科、病理などの専門家がいます施設である。(他の専門家の内訳;麻酔\_\_\_\_名、画像診断\_\_\_\_名、内科\_\_\_\_名、病理\_\_\_\_名、その他\_\_\_\_名)
3. サポートスタッフとして動物看護師等(内訳: \_\_\_\_\_名)がいます施設である。
4. 研修に必要な施設、設備、図書、資料が整備されている。
5. 診療簿などの病歴の管理が適切に行われている。
6. 年間の手術件数が研修を行うに十分な施設である。
7. 剖検を行い得る体制を有している。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

基幹施設研修責任者氏名 \_\_\_\_\_印

どちらかにチェック☑をしてください。

日本小動物外科専門医である

その他 ( \_\_\_\_\_ )

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## 基幹施設の主要設備および備品一覧

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医 資格審査委員会 御中

当基幹施設は以下の設備と備品を保有しています。

1. 病歴管理設備 :
2. 診察・手術室
  - 1) 診察室設備 ( \_\_\_\_\_ 室) :
  - 2) 処置室設備 ( \_\_\_\_\_ 室) :
  - 3) 手術室設備 (一般手術室 \_\_\_\_\_ 室、 陽圧手術室 \_\_\_\_\_ 室) :
3. 動物管理設備
  - 1) 犬入院室 :
  - 2) 猫入院室 :
  - 3) 供血動物管理室 :
  - 4) 隔離入院室 :
  - 5) 集中治療室 :
  - 6) その他 :
4. 臨床検査設備 :
5. 画像検査設備 :
6. 薬品関係設備 :
7. 消毒関係設備 :
8. 剖検関連設備 :
9. 図書および雑誌の保有 :  
    図書数 ( \_\_\_\_\_ 冊)、雑誌数 ( \_\_\_\_\_ 種類)  
    その他 ( \_\_\_\_\_ )
10. その他 :

基幹施設名 \_\_\_\_\_

基幹施設研修責任者氏名 \_\_\_\_\_ 印

どちらかにチェック  をしてください。

日本小動物外科専門医である

その他 ( \_\_\_\_\_ )

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## 関連施設の施設と設備申請書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

当関連施設は以下の施設と設備を要していることを申請します。

1. 面積 \_\_\_\_\_m<sup>2</sup> (平面図を添付すること)
2. 獣医師総数 \_\_\_\_\_名で、麻酔、画像診断、内科、病理などの専門家がいます施設  
である。(他の専門家の内訳;麻酔\_\_\_\_名、画像診断\_\_\_\_名、内科\_\_\_\_名、病理\_\_\_\_名、  
その他\_\_\_\_名)
3. サポートスタッフとして動物看護師等(内訳: \_\_\_\_\_名)がいます施設である。
4. レジデントプログラムに必要な施設、設備、図書、資料が整備されている。
5. 診療簿などの病歴の管理が適切に行われている。
6. 年間の手術件数が研修を行うに十分な施設である。
7. 剖検を行い得る体制を有している。

関連施設名 \_\_\_\_\_

関連施設研修責任者氏名 \_\_\_\_\_印

どちらかにチェックをしてください。

日本小動物外科専門医である

その他 ( \_\_\_\_\_ )

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## 関連施設の主要設備および備品一覧

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医 資格審査委員会 御中

当関連施設は以下の設備と備品を保有しています。

1. 病歴管理設備 :
2. 診察・手術室
  - 1) 診察室設備 ( \_\_\_\_\_ 室) :
  - 2) 処置室設備 ( \_\_\_\_\_ 室) :
  - 3) 手術室設備 (一般手術室 \_\_\_\_\_ 室、 陽圧手術室 \_\_\_\_\_ 室) :
3. 動物管理設備
  - 1) 犬入院室 :
  - 2) 猫入院室 :
  - 3) 供血動物管理室 :
  - 4) 隔離入院室 :
  - 5) 集中治療室 :
  - 6) その他 :
4. 臨床検査設備 :
5. 画像検査設備 :
6. 薬品関係設備 :
7. 消毒関係設備 :
8. 剖検関連設備 :
9. 図書および雑誌の保有 :  
    図書数 ( \_\_\_\_\_ 冊)、雑誌数 ( \_\_\_\_\_ 種類)  
    その他 ( \_\_\_\_\_ )

10. その他：

関連施設名 \_\_\_\_\_

関連施設研修責任者氏名 \_\_\_\_\_ 印

どちらかにチェック  をしてください。

日本小動物外科専門医である

その他 ( \_\_\_\_\_ )

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_



書式 5

## レジデントプログラム参加申請書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

わたくしは日本小動物外科専門医レジデントプログラムに参加し、レジデントとして下記の通り研修を受けたいので、獣医師免許証の写しと履歴書（書式自由：学歴は大学入学後より記載）を添付して申請します。また、私は獣医麻酔外科学会の会員であり、私の小動物一般臨床経験は別紙（書式自由：臨床経験期間、従事した動物病院名、それを証明できる者の氏名と印）の通り2年以上であることを証明します。

レジデントプログラム開始年月日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日より

レジデントプログラム

研修基幹施設名 \_\_\_\_\_.

指導専門医氏名 \_\_\_\_\_印

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

レジデント申請者氏名 \_\_\_\_\_印

住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

書式 6

## 平成 年度レジデントプログラム実績報告書

平成 年 月 日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

平成 年度の日本小動物外科専門医研修報告を下記の通りいたします。

1. 手術経験数
2. 麻酔経験症例数
3. 画像診断研修時間数
4. 病理研修時間数
5. 内科研修時間数
6. 緊急手術経験数
7. 論文数
8. 学会等出席日数
9. 学会発表数
10. 招待講演数

なお、上記の詳細を証明する書類（指導専門医の署名入り）は別紙添付いたします。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

レジデント氏名 \_\_\_\_\_

指導専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

どちらかにチェック☑をしてください。

日本小動物外科専門医である

その他 ( )

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

書式 7

## 申請内容変更届

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

専門医制度に関わる申請事項に変更が生じたので、変更前の申請書の写しに変更事項を赤字で記入し、さらに変更後の修正した申請書を添えて報告いたします。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

所属 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_、 FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## 受験資格認定申請書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

わたくしは日本小動物外科専門医認定試験の受験に際して、下記の通り申請しますので、受験資格の認定をお願いいたします。

1. 小動物臨床経験年数（開始年月日～至る現在、期間（年月））
2. 麻酔の研修期間・時間数・症例数
3. 画像診断の研修期間・時間数・症例数
4. 病理の研修期間・時間数・症例数
5. 内科の研修期間・時間数・症例数
6. 緊急手術の症例数（期間）
7. 小動物外科経験年数（期間・症例数）
8. 手術経験数

	担当数	執刀数
軟部組織外科	例	例
消化器		
泌尿器		
腹腔		
頭頸部		
胸部		
皮膚・形成		
整形・神経外科	例	例
骨接合		
関節		
神経		
その他	例	例
総計	例	例

9. 論文数：英文原著\_\_\_\_編、英文短報・症例報告\_\_\_\_編  
和文原著\_\_\_\_編、和文短報・症例報告\_\_\_\_編  
その他の論文数\_\_\_\_編
10. 所属学会と参加実績
11. 学会発表数
12. 招待講演数

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

所属 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_、 FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

書式 9

## 基幹施設研修責任者認定申請書

平成\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

わたくしは基幹施設研修責任者として日本小動物外科レジデントプログラムを実施したので、資格の認定をお願いします。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

所属 \_\_\_\_\_

職名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## 基幹施設認定申請書

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

当施設は日本小動物外科レジデントプログラム施設認定基準に規定する要件を満たす研修施設として認定を申請します。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

基幹施設施設長氏名 \_\_\_\_\_ 公印

基幹施設住所 〒 \_\_\_\_\_

基幹施設 TEL \_\_\_\_\_

基幹施設 FAX \_\_\_\_\_

基幹施設 E-mail \_\_\_\_\_

基幹施設研修責任者氏名 \_\_\_\_\_ 印

どちらかにチェック  をしてください。

日本小動物外科専門医である

その他 ( \_\_\_\_\_ )

基幹施設研修責任者 TEL \_\_\_\_\_

基幹施設研修責任者 FAX \_\_\_\_\_

基幹施設研修責任者 E-mail \_\_\_\_\_



書式 11

## 関連施設推薦書

平成\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

基幹施設名 \_\_\_\_\_

基幹施設研修責任者氏名 \_\_\_\_\_印

下記施設を日本小動物外科レジデントプログラム施設認定基準に規定する要件を満たす  
関連施設として推薦します。

### 記

関連施設名 \_\_\_\_\_

関連施設長氏名 \_\_\_\_\_

関連施設住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

関連施設研修責任者氏名 \_\_\_\_\_

どちらかにチェック  をしてください。

日本小動物外科専門医である

その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 関連施設承諾書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

基幹施設名 \_\_\_\_\_

基幹施設研修責任者氏名 \_\_\_\_\_

当施設は日本小動物外科レジデントプログラム施設認定基準に規定にもとづき  
(基幹施設名) \_\_\_\_\_ の関連施設と  
なることを承諾します。

### 記

関連施設名 \_\_\_\_\_

関連施設長氏名 \_\_\_\_\_ 公印

関連施設住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

関連施設 TEL \_\_\_\_\_

関連施設 FAX \_\_\_\_\_

関連施設 E-mail \_\_\_\_\_

関連施設の認定を受けようとする施設からの直接の申請は受け付けない。

書式 13-1

## レジデントプログラム直接監督者認定申請書

平成\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

わたくしは直接監督者として日本小動物外科レジデントプログラムに従事したいので、資格の認定をお願いします。

- 手術担当分野
- 麻酔担当分野
- 画像担当分野
- 病理担当分野
- 内科担当分野
- 救急医療担当分野

該当するものに□にチェック☑してください。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

基幹施設研修責任者氏名 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

所属 \_\_\_\_\_

職名 \_\_\_\_\_

専門医資格など \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## 手術直接監督者申請書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

わたくしは日本小動物外科レジデント研修に際して、関係書類を添えて下記の通り申請しますので、手術直接監督者資格の認定をお願いいたします。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
常勤研修認定施設名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

- ▶獣医外科臨床経験年数：\_\_\_\_\_年
- ▶獣医麻酔外科学会会員歴：\_\_\_\_\_年
- ▶最近3年間の手術執刀数：\_\_\_\_\_例
- ▶直接監督希望手術分野（括弧内に○をつける）

軟部組織外科

消化器 ( )

泌尿器 ( )

腹腔 ( )

頭頸部 ( )

胸部 ( )

皮膚・形成 ( )

整形・神経外科

骨接合 ( )

関節 ( )

神経 ( )

その他

【分野名 ( )】

- ▶学会誌筆頭論文数：\_\_\_\_\_編
- ▶学会筆頭発表数：\_\_\_\_\_編

上記の者を手術直接監督者として承諾する。

基幹施設名 \_\_\_\_\_  
基幹施設長氏名 \_\_\_\_\_ 印

関連施設名 \_\_\_\_\_  
関連施設長氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 手術直接監督者申請：手術の内容および件数の一覧表

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

手術直接監督者申請に際して、最近3年間の手術執刀例数は以下の通りです。

<u>軟部組織外科</u>		<u>例</u>
消化器	例	
泌尿器	例	
腹腔#	例	
頭頸部	例	
胸部	例	
皮膚・形成		例
<u>整形・神経外科</u>		<u>例</u>
骨接合	例	
関節	例	
神経	例	
<u>その他</u>		<u>例</u>
<u>総計</u>		<u>例</u>

なお、上記の各手術分野の一覧表は別紙にリストを添付してください（書式自由）。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
研修認定施設名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

書式 14-a

## 手術症例報告書

術前記入日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

患者名： \_\_\_\_\_ カルテ番号： \_\_\_\_\_

動物種： \_\_\_\_\_ 品種： \_\_\_\_\_

年齢： \_\_\_\_歳 \_\_\_\_ヶ月 性別： \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_kg

術前診断： \_\_\_\_\_

注意事項： \_\_\_\_\_

### 【手術計画】

術式名： \_\_\_\_\_

(消化器、泌尿器、腹腔、頭頸部、胸部、皮膚形成、骨接合、関節、神経)

麻酔計画： \_\_\_\_\_

疼痛管理： \_\_\_\_\_

### 【手術内容】

手術日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

術者： \_\_\_\_\_ 助手： \_\_\_\_\_

器械： \_\_\_\_\_ 麻酔： \_\_\_\_\_

手術の内容と経過の概要：

合併症とその対処：

記録者： \_\_\_\_\_ 印

直接監督者： \_\_\_\_\_ 印

書式 14-b

## 平成 年度 手術報告書

平成 年 月 日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

平成 年度の日本小動物外科レジデントプログラムにおける手術報告を下記の通りいたします。

	担当数	執刀数
軟部組織外科	例	例
消化器		
泌尿器		
腹腔#		
頭頸部		
胸部		
皮膚・形成		
整形・神経外科	例	例
骨接合		
関節		
神経		
その他*	例	例
総計	例	例

なお、上記の詳細を証明する書類（研修直接監督者の署名入り）は別紙添付いたします。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

レジデント氏名 \_\_\_\_\_

研修直接監督者氏名 \_\_\_\_\_

指導専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_、 FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

# 平成 年度 麻酔報告書

平成 年 月 日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

平成 年度の日本小動物外科レジデントプログラムにおける麻酔報告を下記の通りいたします。

年 月 日	症例名	手術名	症例数
-------	-----	-----	-----

計 症例

なお、上記の詳細を証明する書類（研修直接監督者の署名入り）は別紙添付いたします。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

レジデント氏名 \_\_\_\_\_

研修直接監督者氏名 \_\_\_\_\_

指導専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_、 FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_



書式 14-d

## 平成 年度 画像診断報告書

平成 年 月 日

日本小動物外科専門医資格審査委員会 御中

平成 年度の日本小動物外科レジデントプログラムにおける画像診断報告を下記の通りいたします。

年 月 日	症例名	内容等	時間数
-------	-----	-----	-----

計 時間

なお、上記の詳細を証明する書類（研修直接監督者の署名入り）は別紙添付いたします。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

レジデント氏名 \_\_\_\_\_

研修直接監督者氏名 \_\_\_\_\_

指導専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_、 FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

# 平成 年度 病理報告書

平成 年 月 日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

平成 年度の日本小動物外科レジデントプログラムにおける病理報告を下記の通りいたします。

年 月 日	症例名	内容等	時間数
-------	-----	-----	-----

計 時間

なお、上記の詳細を証明する書類（研修直接監督者の署名入り）は別紙添付いたします。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

レジデント氏名 \_\_\_\_\_

研修直接監督者氏名 \_\_\_\_\_

指導専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_、 FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

書式 14-f

## 平成 年度 内科報告書

平成 年 月 日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

平成 年度の日本小動物外科レジデントプログラムにおける内科報告を下記の通りいたします。

年 月 日	症例名	内容等	時間数
-------	-----	-----	-----

計 時間

なお、上記の詳細を証明する書類（研修直接監督者の署名入り）は別紙添付いたします。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

レジデント氏名 \_\_\_\_\_

研修直接監督者氏名 \_\_\_\_\_

指導専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_、 FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

書式 14-g

## 平成 年度 救急医療報告書

平成 年 月 日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

平成 年度の日本小動物外科レジデントプログラムにおける救急医療報告を下記の通りいたします。

年 月 日	症例名	手術名	症例数
-------	-----	-----	-----

計 症例

なお、上記の詳細を証明する書類（研修直接監督者の署名入り）は別紙添付いたします。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

レジデント氏名 \_\_\_\_\_

研修直接監督者氏名 \_\_\_\_\_

指導専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_、 FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

書式 14-h

## 平成 年度 誌上発表報告書

平成 年 月 日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

平成 年度の日本小動物外科レジデントプログラムにおける誌上発表報告を下記の通りいたします。

以下に、著者名（全員）、論文名、雑誌名、巻（号）、頁、年の順に記載します。

なお、上記の論文別刷りは別紙添付いたします。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

レジデント氏名 \_\_\_\_\_

研修直接監督者氏名 \_\_\_\_\_

指導専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_、 FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## 平成 年度 学会口頭発表\*報告書

平成 年 月 日

日本小動物外科専門医資格審査委員会 御中

平成 年度の日本小動物外科レジデントプログラムにおける学会口頭発表\*報告を下記の通りいたします。

以下に、発表者名(全員)、演題名、学会名、年月日、開催場所を記載します。

なお、上記の詳細を証明する書類(プログラムや抄録の写し)を別紙のとおり添付いたします。

基幹施設名 \_\_\_\_\_

レジデント氏名 \_\_\_\_\_

研修直接監督者氏名 \_\_\_\_\_

指導専門医氏名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_、 FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

\*：下線の部分は、発表内容に応じて招待講演等に変更して下さい。

## レジデントプログラム免除受験資格認定申請書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

わたくしは日本小動物外科専門医認定試験の受験に際して、関係書類および審査料を沿えて下記の通り申請しますので、受験資格の認定をお願いいたします。なお、わたしの過去および1年間のレジデントプログラム中の手術症例数および研究業績等のまとめは以下の通りです。

	担当数	執刀数
軟部組織外科	例	例
消化器		
泌尿器		
腹腔		
頭頸部		
胸部		
皮膚・形成		
整形・神経外科	例	例
骨接合		
関節		
神経		
その他	例	例
総計	例	例

論文数：英文原著\_\_\_\_編、英文短法・症例報告\_\_\_\_編  
 和文原著\_\_\_\_編、和文短法・症例報告\_\_\_\_編  
 その他の論文数\_\_\_\_編

所属学会：

学会口頭発表数：

招待講演等数：

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_、 FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## レジデントプログラム免除受験資格再認定申請書

平成 年 月 日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

わたくしは日本小動物外科専門医認定試験の受験に際して、関係書類および審査料を添えて下記の通り申請しますので、受験資格の再認定をお願いいたします。なお、わたしの過去およびレジデントプログラム期間中の手術症例数および研究業績等のまとめは以下の通りです。

	担当数	執刀数
軟部組織外科	例	例
消化器		
泌尿器		
腹腔		
頭頸部		
胸部		
皮膚・形成		
整形・神経外科	例	例
骨接合		
関節		
神経		
その他	例	例
総計	例	例

論文数：英文原著 編、英文短法・症例報告 編  
 和文原著 編、和文短法・症例報告 編  
 その他の論文数 編

所属学会：

学会口頭発表数：

招待講演等数：

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

所属 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_、 FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

\*：過去のレジデントプログラム免除受験資格申請時の応募書類の写しをすべて添付して下さい。



## 別枠受験資格認定申請書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

わたくしは日本小動物外科専門医認定試験の受験に際して、関係書類および審査料を添えて下記の通り申請しますので、別枠受験資格の認定をお願いいたします。なお、手術症例数および研究業績等のまとめは以下の通りです。

	担当数	執刀数
軟部組織外科	例	例
消化器		
泌尿器		
腹腔		
頭頸部		
胸部		
皮膚・形成		
整形・神経外科	例	例
骨接合		
関節		
神経		
その他	例	例
総計	例	例

論文数：英文原著\_\_\_\_編、英文短法・症例報告\_\_\_\_編  
 和文原著\_\_\_\_編、和文短法・症例報告\_\_\_\_編  
 その他の論文数\_\_\_\_編

所属学会：

学会口頭発表数：

招待講演等数：

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

所属 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## 専門医協会入会資格審査および入会申請書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 資格審査委員会 御中

わたくしは、本協会規約、第5条の第2項で定める「外国において理事会で別に定める専門医資格を有する獣医師」として、本協会への入会を希望しますので、関係書類および審査料を添えて下記の通り資格審査を申請します。なお、最近5年間の手術症例数のまとは以下の通りです。

	担当数	執刀数
軟部組織外科	例	例
消化器		
泌尿器		
腹腔		
頭頸部		
胸部		
皮膚・形成		
整形・神経外科	例	例
骨接合		
関節		
神経		
その他	例	例
総計	例	例

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

所属 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_、FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

日本小動物外科専門医協会 退会届

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日本小動物外科専門医協会 会長様

わたくしは、一身上の都合により日本小動物外科専門医協会を退会します。

(さしつかえなければ、理由を(定年退職等)ご記入下さい。)

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

所 属 \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_、FAX : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

理由 :

日本小動物外科専門医試験受験申請書

平成 年 月 日

所 属 :

氏 名 : (自著)

受験票送付先住所 : 〒

携帯電話番号 :

e-mail アドレス :

私は、平成 24 年度の日本小動物外科専門医試験を受験いたしたく、関係書類を沿えて  
申込みます。(各項目の該当箇所にチェック☑をして下さい。)

1. 専門医試験受験資格

- 研修終了受験資格認定制度.  研修免除受験資格認定制度.  
 別枠受験資格認定制.

2. 初回受験者 :

再受験者 : 受験希望筆記試験部門 :  症例.  実地.  学術.

3. 身体的障害のため便宜供与 :  を希望する。  の必要はありません。

「希望する」にチェック☑をされた方は、その理由と希望する供与の具体的な内  
容を下記に簡単に記載し、関係書類を添付して下さい。

・理由 : .....

・希望する便宜内容 : .....

4. 添付書類 (確認のため、添付書類にチェック☑をして下さい。)

- 官制葉書および 80 円切手貼付定形封筒各 1 枚。  
(それぞれ申請者の送付希望先の住所と氏名を記載して下さい。)  
 受験料の銀行振り込み納付書の写し。  
 写真を貼付した受験票および受験者照合表。  
 希望する方は、身体的障害のため便宜供与が必要と判断される関係書類。

.....以下、協会利用.....

受験資格確認認定制度 :  研修終了.  研修免除格.  別枠.

注：下記の受験票および受験者照合表に、受験番号を除く必要事項を記入（男または女に丸印）して、同じ写真をそれぞれ貼付する。写真の裏には、貼付前に氏名を記載する。通常、眼鏡を使用している場合には、眼鏡をかけた顔写真を使用する。受験部門には、受験する部門すべてにチェック☑をする。

<b>受 験 票</b>	<b>受験番号：</b>
受験部門： <input type="checkbox"/> 症例. <input type="checkbox"/> 実地. <input type="checkbox"/> 学術. ふりがな 氏 名： 男・女 （どちらかに丸をして下さい。） 生年月日： 住 所：	写真貼付

<b>受験者照合票</b>	<b>受験番号：</b>
受験部門： <input type="checkbox"/> 症例. <input type="checkbox"/> 実地. <input type="checkbox"/> 学術. ふりがな 氏 名： 男・女 （どちらかに丸をして下さい。） 生年月日： 住 所：	写真貼付