一般社団法人日本病理学会

第5回　分子病理専門医受験申請用

**エキスパートパネル　参加証明書**

【申請者記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| **日本病理学会会員番号** |  |
| **病理専門医番号／口腔病理専門医番号** |  |
| **申請者氏名** |  |
| **所属施設** |  |

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

|  |
| --- |
| **参加日時（西暦）　※2** |
| 記入例 | 2023 | 年 | 12 | 月 | 12 | 日 | 16 | ： | 00 | ～ | 18 | ： | 00 |
| **1** |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | ： |  | ～ |  | ： |  |
| **2** |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | ： |  | ～ |  | ： |  |
| **3** |  | 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（直筆に限る） | 分子病理専門医番号／分子病理専門医（暫定）番号 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 注意事項 | ＊日本病理学会認定分子病理専門医受験申請のための参加証明書です．太枠内にもれなくご記入ください．＊A4用紙1枚　縦に収まるように印刷してご使用ください．＊エキスパートパネル（EP）参加施設が複数施設の場合は、施設毎に複数枚ご提出ください。 |
| ※1　 | 「エキスパートパネル開催施設名」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 | ＊3回の参加が必要です．＊第5回分子病理専門医試験受験のためのエキスパートパネル参加有効期間：2023年10月1日～2024年9月30日まで．これ以外は対象外 |
| ※3　 | ＊「証明者署名欄」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」「エキスパートパネル実施可能がんゲノム医療連携病院」の「分子病理専門医」「分子病理専門医（暫定）」いずれか1名の直筆での署名が必要（印鑑不可・不要、コピー不可）．なお申請者本人による自署は不可。＊「分子病理専門医」または「分子病理専門医（暫定）」が在籍していない場合は日本病理学会事務局までご相談ください． |