日本クリニカルパス学会　パス認定士申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | |
|  | | |
| 会員番号 | Ａ | 職　種 |  |
| 生年月日 | 西暦 年　　月　　日生 | 性　別 | * 男　 　□ 女 |
| 書類送付先/  連絡先  （認定証） | 書類送付先：　　　　　　□ 勤務先　　　　　　□ 自宅 | | |
| 住所：〒 | | |
| TEL： | | |
| FAX： | | |
| E-mail： | | |
| 所属 | 勤務先名： | | |
| 部署名： | | |
| 役職名： | | |
| 氏名の公開 | 認定された場合、学会ホームページへの公開の可否：　　□ 可　　　　□ 否 | | |
| 施設宛通知 | 認定された場合、施設への認定通知：　　□ 希望する　　□ 希望しない  ※原則として施設長宛に送付しますが、施設長以外への送付を希望される場合には、  　役職名・宛名をご記入ください。  施設長以外への送付希望：宛名　　　　　　　　　役職名 | | |

日本クリニカルパス学会　パス指導者申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | |
|  | | |
| 会員番号 | Ａ | 職　種 |  |
| 生年月日 | 西暦 年　　月　　日生 | 性　別 | * 男　 　□ 女 |
| 認定士認定番号 |  | 個人会員歴 | 年　　ヶ月 |
| 書類送付先/  連絡先  （認定証） | 書類送付先：　　　　　　□ 勤務先　　　　　　□ 自宅 | | |
| 住所：〒 | | |
| TEL： | | |
| FAX： | | |
| E-mail： | | |
| 所属 | 勤務先名： | | |
| 部署名： | | |
| 役職名： | | |
| 氏名の公開 | 認定された場合、学会ホームページへの公開の可否：　　□ 可　　　　□ 否 | | |
| 施設宛通知 | 認定された場合、施設への認定通知：　　□ 希望する　　□ 希望しない  ※原則として施設長宛に送付しますが、施設長以外への送付を希望される場合には、  　役職名・宛名をご記入ください。  施設長以外への送付希望：宛名　　　　　　　　　役職名 | | |

日本クリニカルパス学会　パス上級指導者申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | |
|  | | |
| 会員番号 | Ａ | 職　種 |  |
| 生年月日 | 西暦 年　　月　　日生 | 性　別 | * 男　 　□ 女 |
| 指導者  認定番号 |  | 個人会員歴 | 年　　ヶ月 |
| 書類送付先/  連絡先  （認定証） | 書類送付先：　　　　　　□ 勤務先　　　　　　□ 自宅 | | |
| 住所：〒 | | |
| TEL： | | |
| FAX： | | |
| E-mail： | | |
| 所属 | 勤務先名： | | |
| 部署名： | | |
| 役職名： | | |
| 氏名の公開 | 認定された場合、学会ホームページへの公開の可否：　　□ 可　　　　□ 否 | | |
| 施設宛通知 | 認定された場合、施設への認定通知：　　□ 希望する　　□ 希望しない  ※原則として施設長宛に送付しますが、施設長以外への送付を希望される場合には、  　役職名・宛名をご記入ください。  施設長以外への送付希望：宛名　　　　　　　　　役職名 | | |

日本クリニカルパス学会　資格認定更新申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | |
|  | | |
| 会員番号 | Ａ | 認定番号 |  |
| 認定名称 | * パス認定士　　　□ パス指導者　　　□ パス上級指導者 | | |
| 生年月日 | 西暦 年　　月　　日生 | 性　別 | * 男　 　□ 女 |
| 職　種 |  | | |
| 書類送付先/  連絡先  （認定証） | 書類送付先：　　　　　　□ 勤務先　　　　　　□ 自宅 | | |
| 住所：〒 | | |
| TEL： | | |
| FAX： | | |
| E-mail： | | |
| 所属 | 勤務先名： | | |
| 部署名： | | |
| 役職名： | | |
| 氏名の公開 | 更新された場合、学会ホームページへの公開の可否：　　□ 可　　　　□ 否 | | |

日本クリニカルパス学会　資格認定更新猶予申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | |
|  | | |
| 会員番号 | Ａ | 認定番号 |  |
| 認定名称 | * パス認定士　　　□ パス指導者　　　□ パス上級指導者 | | |
| 連絡先 | 連絡先：　　　　　　□ 勤務先　　　　　　□ 自宅 | | |
| 住所：〒 | | |
| TEL： | | |
| FAX： | | |
| E-mail： | | |
| 所属 | 勤務先名： | | |
| 部署名： | | |
| 役職名： | | |
| 更新猶予期間 | 1年間（　　　　年～　　　年） | | |
| 理由 |  | | |

学会発表・論文一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学会発表 | |  |
| 1 | 演題名 |  |
| 学会名 |  |
| 発表年月日 |  |
| 2 | 演題名 |  |
| 学会名 |  |
| 発表年月日 |  |
| 3 | 演題名 |  |
| 学会名 |  |
| 発表年月日 |  |
| 4 | 演題名 |  |
| 学会名 |  |
| 発表年月日 |  |
| 5 | 演題名 |  |
| 学会名 |  |
| 発表年月日 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 論文 | |  | | | |
| 1 | 演題名 |  | | | |
| 雑誌名 |  | | | |
| 巻/号/頁数 |  | 発行年 | |  |
| 2 | 演題名 |  | | | |
| 雑誌名 |  | | | |
| 巻/号/頁数 |  | 発行年 |  | |
| 3 | 演題名 |  | | | |
| 雑誌名 |  | | | |
| 巻/号/頁数 |  | 発行年 | |  |
| 4 | 演題名 |  | | | |
| 雑誌名 |  | | | |
| 巻/号/頁数 |  | 発行年 |  | |
| 5 | 演題名 |  | | | |
| 雑誌名 |  | | | |
| 巻/号/頁数 |  | 発行年 |  | |

学術集会参加・教育研修単位一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学術集会参加 | | |  | | |
|  | 名　　称 | | | 開催地 | 単位 |
| 学術集会 | 1 | 第　　回日本クリニカルパス学会学術集会 | |  |  |
| 2 | 第　　回日本クリニカルパス学会学術集会 | |  |  |
| 3 | 第　　回日本クリニカルパス学会学術集会 | |  |  |
|  | | | | | |
| 教育研修単位 | | |  | | |
|  |  | 研修管理番号（記載例：2015-東京-講演-089） | | | 単位 |
| 教育研修 | 1 |  | | |  |
| 2 |  | | |  |
| 3 |  | | |  |
| 4 |  | | |  |
| 5 |  | | |  |
| 6 |  | | |  |
| 7 |  | | |  |
| 8 |  | | |  |
| 9 |  | | |  |
| 10 |  | | |  |
| 11 |  | | |  |
| 12 |  | | |  |
| 13 |  | | |  |
| 14 |  | | |  |
| 15 |  | | |  |
| 単　位　合　計 | | | | |  |

パスレポート

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| パスの名称 |  |
| パス作成時期 | 年　　　　月 |
| パス作成に  関与した職種 | □ 医師・歯科医師　　　　　□ 看護職　　　□ 薬剤師  □ 管理栄養士・栄養士　　　□ PT・OT・ST　　□ MSW・PSW  □ 放射線技師　　　□ 臨床検査技師　　　　□ 診療情報管理士  □ 病院事務職　　　□ ME  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| パス使用数/使用期間  （記載例：10件/1年間） |  |
| 患者用パスの有無 | * 有　　　　　　□ 無 |
| 作成レポート | |
| 1.個人の取り組み  提出したパスへの  自身の関わりを  入力してください。  （600字以内） |  |
| 2.施設の取り組み  下記のパス活動について、施設として、どのように取り組んでいるかを入力してください。  　（800字以内）  ＜必須内容＞  　2-① パス作成  　2-② 実践運用・評価・  　　　 見直しの過程  　2-③ 教育普及  ※必須内容の各番号を記入してから入力してください。 |  |

必要書類チェックシート

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

＜申請＞

パス認定士

* 学会発表：主発表者としてのパス関連の発表（過去に1回以上）

□　発表した学術集会等の名称・開催日のわかる抄録集の表紙等

□　発表した演題の発表形式・演題名・発表者名のわかるプログラムのページ

□　発表した演題の抄録あるいは発表スライドのプリントアウト

* 学術集会参加：日本クリニカルパス学会学術集会への参加（3年間に1回以上）

□　参加証のコピー

* 教育研修単位：3年間に20単位以上

□　教育研修受講証明書のコピー

* パスレポート

□　クリニカルパス

□　パスレポート

パス指導者

* 学会発表：主発表者としてのパス関連の発表（過去に2回以上）

□　発表した学術集会等の名称・開催日のわかる抄録集の表紙等

□　発表した演題の発表形式・演題名・発表者名のわかるプログラムのページ

□　発表した演題の抄録あるいは発表スライドのプリントアウト

* 論文：筆頭著者（過去に1編以上）

□　別刷りまたはコピー

* 学術集会参加：日本クリニカルパス学会学術集会への参加（3年間に1回以上）

□　参加証のコピー

* 教育研修単位：3年間に20単位以上

□　教育研修受講証明書のコピー

パス上級指導者

* 学会発表：主発表者としてのパス関連の発表（過去に5回以上）

□　発表した学術集会等の名称・開催日のわかる抄録集の表紙等

□　発表した演題の発表形式・演題名・発表者名のわかるプログラムのページ

□　発表した演題の抄録あるいは発表スライドのプリントアウト

* 論文：筆頭著者（過去に5編以上）

□　別刷りまたはコピー

＜審査料＞

* 審査料振り込みが確認できるもののコピー

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

＜更新＞

パス認定士

* 学会発表：主発表者としてのパス関連の発表（5年間に1回以上）

□　発表した学術集会等の名称・開催日のわかる抄録集の表紙等

□　発表した演題の発表形式・演題名・発表者名のわかるプログラムのページ

□　発表した演題の抄録あるいは発表スライドのプリントアウト

* 学術集会参加：日本クリニカルパス学会学術集会への参加（5年間に1回以上）

□　参加証のコピー

* 教育研修単位：5年間に30単位以上

□　教育研修受講証明書のコピー

パス指導者

* 学会発表：主発表者としてのパス関連の発表（5年間に1回以上）

□　発表した学術集会等の名称・開催日のわかる抄録集の表紙等

□　発表した演題の発表形式・演題名・発表者名のわかるプログラムのページ

□　発表した演題の抄録あるいは発表スライドのプリントアウト

* 学術集会参加：日本クリニカルパス学会学術集会への参加（5年間に1回以上）

□　参加証のコピー

* 教育研修単位：5年間に30単位以上

□　教育研修受講証明書のコピー

パス上級指導者

* 学会発表：主発表者としてのパス関連の発表（5年間に5回以上）

□　発表した学術集会等の名称・開催日のわかる抄録集の表紙等

□　発表した演題の発表形式・演題名・発表者名のわかるプログラムのページ

□　発表した演題の抄録あるいは発表スライドのプリントアウト

* 学術集会参加：日本クリニカルパス学会学術集会への参加（5年間に1回以上）

□　参加証のコピー

* 教育研修単位：5年間に30単位以上

□　教育研修受講証明書のコピー

＜更新料＞

* 更新料振り込みが確認できるもののコピー