

日本集中治療医学会評議員審査申請書（女性枠）

※新規・更新申請（2025年9月末日受付終了）に提出済の方は重複して応募できません

※個人での申請は認めませんが、医師以外で認定施設以外から申請する場合はこの限りではありません

（西暦 年 月 日）

ふりがな		職種	(事務局記入)																		
氏名			入会年月 年 月																		
生年月日		西暦 年 月 日生																			
学歴		大学(その他) 年 月卒業 大学大学院 年 月修了																			
学位		博士(医学) 有・無 その他の学位																			
所属機関	名称	職責名																			
	所在地	〒 TEL FAX																			
施設責任者の署名 ^{*1} (直筆のみ可)		(押印不要)																			
施設番号 ^{*1}																					
専門分野		(複数も可)																			
本会における最近5年間の活動（支部学術集会を含む）それぞれ3回以上/5年 ○学会での活動^{*2} <table border="0"> <tr> <td>学術集会出席</td> <td>日本集中治療医学会学術集会</td> <td>支部学術集会^{*3}</td> </tr> <tr> <td>2021年</td> <td>(あり・なし)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>2022年</td> <td>(あり・なし)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>2023年</td> <td>(あり・なし)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>2024年</td> <td>(あり・なし)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>2025年</td> <td>(あり・なし)</td> <td>()</td> </tr> </table> ○出席が3回未満の方は理由を記載してください 座長 (回) 機関誌査読 (和文誌 回) (英文誌 回) APRIN eラーニングプログラム(JSICMコース/5年) 受講実績 (あり ・ なし)				学術集会出席	日本集中治療医学会学術集会	支部学術集会 ^{*3}	2021年	(あり・なし)	()	2022年	(あり・なし)	()	2023年	(あり・なし)	()	2024年	(あり・なし)	()	2025年	(あり・なし)	()
学術集会出席	日本集中治療医学会学術集会	支部学術集会 ^{*3}																			
2021年	(あり・なし)	()																			
2022年	(あり・なし)	()																			
2023年	(あり・なし)	()																			
2024年	(あり・なし)	()																			
2025年	(あり・なし)	()																			

○日本集中治療医学会へのこれまでの貢献と今後の抱負

○勤務する施設での集中治療部門への関与のありかた

1. 最近5年間の主な臨床実績

※医師以外は、10年間以上の臨床経験及びそのうち5年間は集中治療に従事していた経歴を記載

2. 本学会学術集会(支部学術集会も含む)での筆頭学会発表(直近5年間で2回以上)

・発表者.学術集会名.演題名.年

3. (医師のみ記載)

集中治療に関連した査読のある学術論文(直近10年間で5篇以上、共著可)

- ・雑誌の場合 : 著者名. 題名. 雑誌名. 年, 巻. 始頁-終頁
- ・書籍・単行本の場合 : 著者名. 分担項目題名. 編集者名. 書名. 出版社名.
年. 始頁-終頁

4. (医師以外のみ記載)

集中治療に関連した査読ある筆頭学術論文(1編以上、時期は問わない)

- ・雑誌の場合 : 著者名. 題名. 雑誌名. 年. 巻 : 始頁-終頁

上記の記載の通り相違ありません。

年 月 日

氏 名 直筆署名 (押印不要)

※本届出用紙の個人情報は申請の目的のみに使用いたします。

※集中治療専門医の認定を受けた者の氏名および所属都道府県は、日本集中治療医学会ホームページで公表します。

*1 医師以外で認定施設以外から申請する場合は、記載不要です。

*2 日本集中治療医学会の年度は 1 月から 12 月となります。例)2025 年 3 月の年次学術集会(福岡)は年度でも 2025 年です。

*3 参加した支部学術集会の開催地を記載してください。複数回参加した場合は開催地をすべて記載して下さい。

評議員候補者推薦状 (1 人目)

日本集中治療医学会
理事長 黒田泰弘 殿

年 月 日

被推薦者氏名： _____

上記のものを一般社団法人日本集中治療医学会の評議員として推薦します。

推薦者：

評議員氏名 直筆署名 (押印不要)

所属 _____

*候補者推薦状は 2 名分ご提出ください。

評議員候補者推薦状 (2 人目)

日本集中治療医学会
理事長 黒田泰弘 殿

年 月 日

被推薦者氏名： _____

上記のものを一般社団法人日本集中治療医学会の評議員として推薦します。

推薦者：

評議員氏名 直筆署名 (押印不要)

所属 _____

*候補者推薦状は 2 名分ご提出ください。