

平成 28 年度日本臨床細胞学会教育研修施設認定の新規申請について

平成 28 年度の教育研修施設認定の新規申請についてお知らせいたします。

日本臨床細胞学会教育研修施設認定を希望される施設は従来の「日本臨床細胞学会施設認定制度」による認定施設であることが必須条件となっております。

「[公益社団法人日本臨床細胞学会 教育研修施設認定に関する施行細則](#)」を熟読いただき、下記申請書類を所定の形式にて、期日までに学会事務局にご送付願います。

申請書提出締め切り 平成 28 年 6 月 30 日(木)

申請書類：

- 1) 「日本臨床細胞学会施設認定制度」認定施設登録証のコピー。
- 2) 公益社団法人日本臨床細胞学会教育研修施設認定申請様式第 1 - 9 号
(申請様式フォーマットは[こちら](#)よりダウンロードできます)
ダウンロードされた EXCEL に入力の上、CD に書込んだものと、印刷したものを。
- 3) 新規申請審査料 (2 万円) 払込取扱票受領証 (入金済み) のコピー
※ 下記の振込用紙記載見本の通りに記載をお願いいたします。
- 4) 施設の業績集あるいは年報 (発刊されていない場合は平成 27 年度の年報コピーあるいは細胞診業績一覧を提出願います)

※ 申請書記入に当たっての留意事項 ※

- ① 年号は全て西暦でご記入願います。
- ② 施設長の印鑑は公印をご使用願います。
- ③ 申請様式第 1 号 (教育研修施設認定申請書) の施設番号欄には従来の「日本臨床細胞学会施設認定制度」の認定施設番号をご記入願います。
- ④ 申請様式第 5 号 (日本病理学会認定病理専門医の証明) で病理専門医の所属が複数にわたる場合は各所属施設ごとにご記入願います。

- ⑤申請様式第6号（関連協力施設の証明）で関連協力施設が複数にわたる場合は各関連施設ごとにご記入願います。また、各関連施設における教育研修協力分野を明示願います（認定希望施設での症例数が不足している分野を中心に記入願います）。
- ⑥申請様式第7号（細胞診断症例総数）で申請施設における取扱い症例数がない場合はその項目に「0」とご記入願います。
- ⑦申請様式第8号（専門医教育カリキュラム計画書）の記入にあたっては、[細胞診専門医研修ガイドライン](#)の内容をよくご確認願います。
- ⑧申請様式第9号（履歴書）には指導責任者の履歴を記入してください。
- ⑨申請書類一式のコピーを必ずお手元に保存願います。（提出書類の返却はいたしません）

お問い合わせは、下記「事務局からのお知らせ」ページの問い合わせか、FAXにて
 お願い申し上げます。

ホームページの問合せ：<http://jscc.or.jp/inquiry/>
 FAX：03-5577-4683

振込用紙記載見本：

| 払込取扱票 | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|----------------------------|---|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00 | | 口座記号・番号はお間違えのないよう記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 口座記号 | | | | 口座番号 (右詰で記入) | | | | | | | | | | |
| * | 0 | 0 | 1 | 7 | 0 | 7 | * | 6 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3 | * |
| 金額 | | | | | | | | | | | | | | |
| 千 百 十 万 千 百 十 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| ¥ 2 0 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入者名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 日本臨床細胞学会 | | | | | | | | | | | | | | |
| 【教育研修施設新規申請審査料】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設名等必ずご記入願います | | | | | | | | | | | | | | |
| 日 附 印 | | | | | | | | | | | | | | |

各票の※印欄は、ご依頼人様においてご記入ください。

裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)
 これより下部には何も記入しないでください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。

切り取らないで出してください。

| 振替払込請求書兼受領証 | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 口座記号 | | 0 0 1 7 0 7 | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | 6 0 0 2 4 3 | | | | | | | | | |
| 加入者名 | | | | | | | | | | | |
| 日本臨床細胞学会 | | | | | | | | | | | |
| 金額 | | | | | | | | | | | |
| 千 百 十 万 千 百 十 円 | | | | | | | | | | | |
| ¥ 2 0 0 0 0 | | | | | | | | | | | |
| ご依頼人 | | | | | | | | | | | |
| おなまえ | | | | | | | | | | | |
| 日 附 印 | | | | | | | | | | | |
| 料金 | | | | | | | | | | | |
| 消費税込み | | | | | | | | | | | |
| 日 附 印 | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | |

この受領証は、大切に保管してください。

※通信欄に必ず「教育研修施設新規申請審査料」と記入願います
 振込みは郵便局の払込取扱票をご使用ください

振込み先：00170-7-600243

加入者名：公益社団法人 日本臨床細胞学会

シヤ) ニホンリンショウサイボウガッカイ

ゆうちょ銀行：019店 当座：0600243

※ その他留意点 ※

※教育研修施設として認定後は毎年、年報提出の義務がございます。

※更新は一定年毎に行われます。