

(一社)日本ペインリハビリテーション学会
痛み専門医療者委員会委員長 殿

平成 年 月 日

NPO 法人いたみ医学研究情報センター

「からだ・運動器の痛み専門医療者」資格認定にかかる審査申請書

私は、(一社)日本ペインリハビリテーション学会の正会員として、NPO 法人いたみ医学研究情報センター「からだ・運動器の痛み専門医療者認定試験」の資格認定を申請するにあたり本学会での審査を希望します。

審査申請に際し、(一社)日本ペインリハビリテーション学会の「からだ・運動器の痛み専門医療者」認定に関する規則」の第3章「痛み専門医療者認定の基準」について、以下の通り申請しますので、審査くださいますようお願いいたします。

申請者情報

ふりがな	
氏名	
所属機関名	
職種	理学療法士・作業療法士・医師・歯科医師・看護師・薬剤師・臨床心理士・医療ソーシャルワーカー・その他 ()
申請者住所 (審査結果送付先)	〒 -
申請者連絡先	TEL : (携帯・所属先・自宅) Email :

痛み専門医療者認定審査基準

(一社) 日本ペインリハビリテーション学会「痛み専門医療者認定審査基準」

- (1) 当学会の正会員または学生会員になって3年以上が経過していること。
 - (2) 正会員として当学会の教育講演に3回以上参加していること。
 - (3) 正会員として当学会で1回以上の発表（共同演者可）をしていること。
-

- (1) 正会員（3年以上） （確認のため）
-

教育講演受講歴（修了証・学会参加証等，証明できるもののコピーを添付）

- ① 第_____回学会 教育講演
 - (2) ② 第_____回学会 教育講演
 - ③ 第_____回学会 教育講演
-

学会発表歴（抄録集の当該ページ等，証明できるもののコピーを添付）

- 第_____回学会： 口述 ・ ポスター （いずれかに○）
 - 演者名（筆頭演者でない場合，筆頭演者名と演者総数，掲載順位○番目と記入）：

 - (3) ● タイトル： _____

-

以上