（様式３－１）

|  |
| --- |
| 教育の内容と実績、将来の計画 |
|  |

（様式３－２）

|  |
| --- |
| 研究の内容と実績、将来の計画 |
|  |

（様式３－３）

|  |
| --- |
| 診療の内容と実績、将来の計画 |
| *※病院経営の観点からの記載もしてください。* |

（様式３－４）

|  |
| --- |
| 講座運営に対する抱負 |
|  |

（様式３－５）

|  |
| --- |
| 学会活動の実績 |
| （記載例）  　【日本○○学会】  　　○○○○年○○月～○○○○年○○月：日本○○学会　評議員  　　○○○○年○○月：日本○○学会　専門医試験委員  ○○○○年○○月：日本○○学会　学会長 |

（様式３－６）

|  |
| --- |
| 各種研修受講歴（2017年1月1日から現在） |
| （記載例）  【FD関係】  　　○○○○年○○月○○日～○○○○年○○月○○日：○○FD講習会  　　○○○○年○○月○○日：授業改善講習会  【FD関係】  【医療安全関係】  【医療倫理関係】  【研究倫理関係】 |

（様式３－７）

|  |
| --- |
| その他資格・認定　取得歴等 |
| 【病理専門医資格】　　（どちらかに○をつけてください）  有り　　　　　・　　　　　無し  【病理専門医研修指導医資格】　　（どちらかに○をつけてください）  有り　　　　　・　　　　　無し  【分子病理専門医資格】　　（どちらかに○をつけてください）  有り　　　　　・　　　　　無し  【エキスパートパネル参加歴（2019年6月以降）】　（どちらかに○をつけてください）    有り　　　　　・　　　　　無し  　　※有りに○をつけた場合、開催年度と開催病院名・参加回数を記載してください  　　※2019年6月以降（遺伝子パネル検査が保険収載後）の実績に限ります   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 開催年度 | 開催病院名 | 参加回数 | | 2021 | 例）○○大学附属病院 | 8 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |

（様式３－８）

|  |
| --- |
| 病理組織診断の実績 |
| 最近5年間の病理組織診断の実績を以下に記載してください。（細胞診は除く。組織診の実績のみを記載すること）  ① 常勤医師としての勤務先での診断（複数ある場合はすべて記載）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 勤務先名称 | 管理加算（※） | 期間 | 件数  （件） | | 例）○○○○大学附属病院 | 2 | 2018/4/1～2022/7/31 | 4,379 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   *※ 当該勤務先の病理診断管理加算の種別を記載してください（加算未取得の場合は「なし」）*  ② 非常勤医師としての医療機関勤務先での診断（複数ある場合はすべて記載）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 勤務先名称 | 管理加算（※） | 期間 | 件数  （件） | | 例）○○○○総合医療センター | 1 | 2019/4/1～2022/3/31 | 691 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   *※ 当該勤務先の病理診断管理加算の種別を記載してください（加算未取得の場合は「なし」）*  ③ 衛生検査所など医療機関以外での病理報告（複数ある場合はすべて記載）   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 勤務先名称 | 期間 | 件数  （件） | | 例）○○○○検査センター | 2020/7/1～2021/3/31 | 430 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |