【記入例】　　（様式3）

指導医の意見書

※当意見書の提出は必須です。

※複数の本会指定施設（研修施設、基幹施設、連携施設）で研修している場合でも、1部提出で結構です。

※超音波指導医が在籍している施設であれば、超音波指導医1名から証明（署名）を得るのみで結構です。

※以下の注2、3に該当する場合は2名から、注4に該当する場合は1名ないし2名から署名を得なければなりません。

公益社団法人日本超音波医学会　理事長　殿

第**回超音波専門医認定試験

氏名　文 京 太 郎

生年月日　1977　年　11　月　15　日生

日本超音波医学会会員番号　19000001

署名いただく際、日付も記載いただきます。
日付の記載漏れがないよう依頼時にお伝えください。

上記の者は、公益社団法人日本超音波医学会認定超音波専門医の認定試験を受験する人格および見識を備えており、かつ臨床研修の実績が基準に十分達していることを認めます。

****　年　**　月　**　日

氏名（自署）　東京 花子

（署名のﾀｲﾌﾟ不可）

在籍施設名　湯島医科大学附属病院

指導医番号　SJSUM-　***

専門医番号　FJSUM-　***

ご注意：指導医の方は上記の署名欄に記載してください（以下の署名欄には記載できません）。
以下の署名欄は、注2・3及び注4の「なお」以下に該当する場合に使用してください。

氏名（自署）

在籍施設名

専門医番号　FJSUM-

指導検査士番号　RSMS-

注1：臨床研修とは、本会指定超音波専門医研修施設及び研修施設群における臨床研修（通算期間3年以上、超音波診療500例以上）を基準とします。

注2：「専門医2人以上勤務(※)による研修施設」又は「常勤専門医2名以上による基幹施設」指定の場合、その専門医2名の署名で可とします。
※1人は常勤でなければならない。また、非常勤の場合、週1回以上勤務していなければならない。

注3：常勤の専門医1人以上及び常勤又は非常勤(週1回以上勤務していること)の指導検査士1人以上による研修施設指定の場合、その専門医1名及び指導検査士1名の署名で可とします。

注4：連携施設での研修の場合、基幹施設に在籍の超音波指導医の署名で可とします。なお、常勤専門医2名以上による基幹施設指定の場合、その専門医2名の署名で可とします。

公益社団法人日本超音波医学会認定超音波専門医制度委員会