

## 眼科専門医認定試験受験願書見本について

受験願書は所定のファイル（Excel または PDF）で作成していただき、他の出願書類と併せて郵送にてご提出いただきます。

この見本は 2025 年度 PDF 版の書式です。

毎年若干の書式変更がございますので、あくまでも参考としてご参照ください。

令和7年度

# 専門医認定試験願書

公益財団法人 日本眼科学会理事長 殿

私は、専門医認定試験の受験を希望いたします。

		受験番号			
日本眼科学会会員番号					
ふりがな					
氏名	姓	名		旧姓	
生年月日	昭和・平成			性別	
出身大学	昭和・平成	年	月	大学卒業	
医師国家試験合格	第	回	医籍登録番号	号	医籍登録年月日
		昭和・平成・令和		年	月
医師臨床研修(初期臨床研修)		臨床研修病院			
		開始日～修了日		平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日	
研修修了時所属基幹研修施設名				施設番号	日本専門医機構の専攻医登録
				有・無	
連携プログラムでの研修		有・無	連携プログラム(都道府県限定分)での研修		有・無
				研修制度	プログラム制・カリキュラム制
眼科研修開始日		昭和・平成・令和 年 月 日		通算研修期間	年 月
出願時勤務先					
同上所在地		〒		TEL	
自宅住所		〒		TEL	
備考					

顔写真  
縦 4.5cm  
横 3.5cm  
6か月以内に撮影したもの

受験願書一式には一切虚偽のないことを制約します。

令和 年 月 日 署名

印

受付番号		受付日		備考	
------	--	-----	--	----	--

## 研修修了証明書(その1)

(専門研修基幹施設)

氏名	姓		名		旧姓	
----	---	--	---	--	----	--

専門研修基幹施設名		施設番号								
期間	平成 令和	年	月	日	～平成 令和	年	月	日	年	か月
研修プログラム統括責任者署名・捺印						⑩				

専門研修基幹施設名		施設番号								
期間	平成 令和	年	月	日	～平成 令和	年	月	日	年	か月
研修プログラム統括責任者署名・捺印						⑩				

専門研修基幹施設名		施設番号								
期間	平成 令和	年	月	日	～平成 令和	年	月	日	年	か月
研修プログラム統括責任者署名・捺印						⑩				

休止期間		日間	休止理由	
------	--	----	------	--

受験者は、規則施行細則第19条第4号で定められた眼科研修プログラムを承認した施設(基幹研修施設)、もしくは規則施行細則第19条第5号で定められた専門研修基幹施設において、当初2年の間に1年以上の研修を修了したことを証明します。

施設名

令和 年 月 日

研修プログラム統括責任者署名

⑩

## 研修修了証明書(その2)

(一般研修施設・連携施設・関連施設)

氏名	姓		名		旧姓	
----	---	--	---	--	----	--

研修施設名							施設番号				
期間	昭和 平成 令和	年	月	日	～	昭和 平成 令和	年	月	日	年	か月
研修プログラム統括責任者署名・捺印							⑩				
研修施設名							施設番号				
期間	昭和 平成 令和	年	月	日	～	昭和 平成 令和	年	月	日	年	か月
研修プログラム統括責任者署名・捺印							⑩				
研修施設名							施設番号				
期間	昭和 平成 令和	年	月	日	～	昭和 平成 令和	年	月	日	年	か月
研修プログラム統括責任者署名・捺印							⑩				
研修施設名							施設番号				
期間	昭和 平成 令和	年	月	日	～	昭和 平成 令和	年	月	日	年	か月
研修プログラム統括責任者署名・捺印							⑩				
休止期間				日間	休止理由						
連携プログラム、もしくは、連携プログラム (都道府県限定分)の要件に該当する施設名											

規則第9条で定められた研修施設、もしくは専門研修施設において受験時に 4年・5年 以上の眼科臨床経験を有することを証明します。

また、平成16年以降医師国家試験合格、かつ平成30年以降眼科専門研修開始者(日本専門医機構専攻医登録者)においては、眼科専門研修プログラム整備基準の各到達目標(専門知識・専門技能・医師としての倫理性および社会性など・学問的姿勢・地域医療などの経験)を修了したことを証明します。

施設名

令和 年 月 日 研修プログラム統括責任者署名

⑩

## 研修報告書(その1)

(学会報告および論文目録)

氏名	姓		名		旧姓	
----	---	--	---	--	----	--

\* 学会報告(単独、または筆頭者のみとします。但し、2報のみに限りません。)

プログラムまたは抄録のコピーを各一部提出してください。

演題名(フルタイトル)	学会名	年月日

見本

\* 論文目録(単独、または筆頭者のみとします。但し、1篇のみに限りません。)

論文別刷を提出してください。別刷ができていない場合は、雑誌発行所の論文掲載予定証明書の原本と投稿原稿全てのページのコピーを提出してください。

\* 複数筆頭著者の論文を含む場合は、同意書を添付してください。

論文名	雑誌名	巻(号)・頁・年(西暦)

## 研修報告書(その2)

(手術・処置の経験)

氏名	姓	名	旧姓
----	---	---	----

執刀者件数	助手件数	執刀者件数	助手件数
総数 ( ) / ( )		①内眼手術 ( ) / ( )	
		②外眼手術 ( ) / ( )	
		③レーザー手術 ( ) / ( )	

※研修期間中に執刀者、助手を合わせて総数100例以上、そのうち外眼手術、内眼手術およびレーザー手術をそれぞれ執刀者として20例以上修了していること。その他の手術を含めないと執刀者として20例を満たさない場合は、手術の内容とそれぞれの手術件数を別紙で作成し提出してください。

硝子体内注射は手術件数の総数に含めないでください。

内眼手術	執刀者件数	助手件数	外眼手術	執刀者件数	助手件数
白内障手術(合計)			斜視手術		
超音波水晶体乳化吸引術 +眼内レンズ挿入術	( )	( )	霰粒腫手術		
眼内レンズ強膜内固定術・ 縫着術	( )	( )	眼瞼下垂手術		
			眼瞼内反手術		
			その他の眼瞼手術		
			翼状片手術		
緑内障手術(合計)			その他の結膜手術		
周辺虹彩切除術	( )	( )	角膜異物除去術		
線維柱帯切開術	( )	( )	角膜・強膜縫合術		
線維柱帯切除術	( )	( )	涙器に関する手術		
チューブシャント手術 (プレートのあるもの)	( )	( )	眼窩に関する手術		
			その他の外眼手術		
その他の緑内障手術	( )	( )	レーザー手術	執刀者件数	助手件数
			線維柱帯形成術		
網膜硝子体手術(合計)			レーザー虹彩切開術		
硝子体手術	( )	( )	後発白内障手術		
強膜内陥術	( )	( )	網膜光凝固術		
			その他のレーザー手術		
角膜移植術					
その他の内眼手術					

処置	件数
硝子体内注射(概数)	

令和7年度

## 日本眼科学会および日本眼科医会会員在籍証明書

日本眼科学会および日本眼科医会に現在在籍していることを証明して下さるよう申請します。

日本眼科学会	昭和・平成・令和	年度入会
日本眼科医会	昭和・平成・令和	年度入会
現在	(都道府県)	眼科医会所属

氏名  
生年月日 昭和・平成 年 月 日  
勤務先

### 日本眼科学会会員在籍証明書

申請者は4年以上継続して日本眼科学会会員であることを証明します。

令和 年 月 日 日本眼科学会  
理事長

### 日本眼科医会会員在籍証明書

申請者は現在日本眼科医会会員であることを証明します。

令和 年 月 日 日本眼科医会  
会長

# 病歴抄録

眼疾患の手術的治療  
(術者の症例)

氏名	⑩
研修施設名	施設番号
指導医師署名	⑩

症例	歳	男・女	入院	・	外来			
病名								
診療期間	昭和・平成・令和	年	月	日	～ 昭和・平成・令和	年	月	日

病歴及び所見：

見本

手術名：

手術日： 昭和・平成・令和 年 月 日

手術の概要：

# 病歴抄録

眼疾患の手術的治療  
(術者の症例)

氏名	⑩
研修施設名	施設番号
指導医師署名	⑩

症例	歳	男・女	入院	・	外来			
病名								
診療期間	昭和・平成・令和	年	月	日	～ 昭和・平成・令和	年	月	日

病歴及び所見：

見本

手術名：

手術日： 昭和・平成・令和 年 月 日

手術の概要：

# 病歴抄録

眼疾患の非手術的治療  
(薬剤治療等)

氏名	⑩
研修施設名	施設番号
指導医師署名	⑩

症例	歳	男 ・ 女	入院 ・ 外来
病名			
診療期間	昭和・平成・令和	年 月 日	～ 昭和・平成・令和 年 月 日

病歴及び所見 :

見本

治療の概要 :

# 病歴抄録

治療的眼鏡または治療的コンタクトレンズ処方  
(調節性内斜視、弱視、円錐角膜等)

氏名	⑩
研修施設名	施設番号
指導医師署名	⑩

症例	歳	男 ・ 女	
----	---	-------	--

病名	
----	--

診療期間	昭和・平成・令和	年	月	日	～	昭和・平成・令和	年	月	日
------	----------	---	---	---	---	----------	---	---	---

病歴及び所見：

見本

処方日： 昭和・平成・令和 年 月 日

治療的眼鏡または治療的コンタクトレンズ処方の概要と実際の処方：

令和7年度

## 研修修了証明書(その1)

(専門研修基幹施設)

氏名	姓		名		旧姓	
----	---	--	---	--	----	--

専門研修基幹施設名	施設番号					単位数					
期間	平成 令和	年	月	日	～平成 令和	年	月	日	年	か月	
研修プログラム統括責任者署名・捺印						⑩					

専門研修基幹施設名	施設番号					単位数					
期間	平成 令和	年	月	日	～平成 令和	年	月	日	年	か月	
研修プログラム統括責任者署名・捺印						⑩					

専門研修基幹施設名	施設番号					単位数					
期間	平成 令和	年	月	日	～平成 令和	年	月	日	年	か月	
研修プログラム統括責任者署名・捺印						⑩					

専門研修基幹施設名	施設番号					単位数					
期間	平成 令和	年	月	日	～平成 令和	年	月	日	年	か月	
研修プログラム統括責任者署名・捺印						⑩					

受験者は、規則施行細則第19条第4号で定められた眼科研修プログラムを承認した施設(基幹研修施設)、もしくは規則施行細則第19条第5号で定められた専門研修基幹施設において、当初2年の間に1年以上の研修を修了したことを証明します。

施設名

令和 年 月 日

研修プログラム統括責任者署名

⑩

令和7年度

## 研修修了証明書(その2)

(連携施設・関連施設)

氏名	姓	名	旧姓
----	---	---	----

研修施設名		単位数
期間	平成 令和 年 月 日 ~ 平成 令和 年 月 日 年 か月	
研修プログラム統括責任者署名・捺印		㊟
研修施設名		単位数
期間	平成 令和 年 月 日 ~ 平成 令和 年 月 日 年 か月	
研修プログラム統括責任者署名・捺印		㊟
研修施設名		単位数
期間	平成 令和 年 月 日 ~ 平成 令和 年 月 日 年 か月	
研修プログラム統括責任者署名・捺印		㊟
研修施設名		単位数
期間	平成 令和 年 月 日 ~ 平成 令和 年 月 日 年 か月	
研修プログラム統括責任者署名・捺印		㊟
研修施設名		単位数
期間	平成 令和 年 月 日 ~ 平成 令和 年 月 日 年 か月	
研修プログラム統括責任者署名・捺印		㊟

規則第9条で定められた研修施設、もしくは専門研修施設において受験時に4年・48単位以上の眼科臨床経験を有することを証明します。

また、平成16年以降医師国家試験合格、かつ平成30年以降眼科専門研修開始者(日本専門医機構専攻医登録者)においては、眼科専門研修カリキュラム整備基準の各到達目標(専門知識・専門技能・医師としての倫理性および社会性など・学問的姿勢・地域医療などの経験)を修了したことを証明します。

施設名

令和 年 月 日

研修プログラム統括責任者署名

㊟