**一般社団法人日本統合医療学会**

**認定制度規則第3条～第5条（受験）に**

**係る書類について**

標記の件につき、以下の書類を提出いたします。

１．受験申請書

２．受験資格証明書

３．修了証貼付用紙

４．勤務証明書

５．試験料振込控貼付用紙

年　　　　月　　　　日

申請者：　　　　　　　　　　　印

【書類送付先】

一般社団法人　日本統合医療学会　事務局

〒　170-0003　東京都豊島区駒込1-43-9　駒込ＴＳビル　４階

一般財団法人　口腔保健協会内

ＴＥＬ　03-3947-8891　FAＸ　03-3947-8341 　　e－mail imj@imj.or.jp

担当　宍戸　基行

**※書類送付にあたりましては、送達が確認できる方法（書留、レターパック、宅配便等）にてご送付ください。個別の送達確認には対応いたしかねます。**

**受験申請書**

申請日：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **資格区分** | **認定医　・　認定師　・　認定協働師** |
| **専門分野** | **※別紙「会員資格区分コード表」より該当する番号を以下に記してください。****※専門分野は１分野のみ選択してください。****（　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **（フリガナ）****氏名** |  |
| **IMJ会員番号** |  |
| **所属** |  |
| **役職** |  | **送付先** | **所属　　・　　自宅** |
| **所属住所** | **〒** |
| **所属** | **TEL** | **FAX** |
| **E-mail** |
| **自宅住所** | **〒** |
| **自宅** | **TEL** | **FAX** |
| **E-mail** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **★左記は今回のご申請に関する書類のやりとりをする際にラベルとして使用します。事務局から書類を送付するのにご都合のよい住所等を記してください。** | **郵便番号** | **〒** |
| **住所** |  |
| **氏名** | **様** |
| **電話番号** |  |

**※事務局記入欄　　No.**

**受験資格証明書**

申請日：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **認定研修受講について** | **受講日** | **修了証No.** |
| （全員必須）　認定研修　Part 1 |  |  |
| （全員必須）　認定研修　Part  |  |  |
| （認定医・認定師のみ必須）　認定研修　Part  |  |  |
| （認定協働師のみ必須）　　　認定研修　協働師Part 5 |  |  |
| 認定研修　Part |  |  |
| 認定研修　Part |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**※認定医、認定師の受験には認定研修****Part1～Part5のうち、****3Partsの受講が必須です。ただし、Part1の受講は必須です。(規則第3条、第4条、細則第3条)**

**※認定協働師の受験にはPart1～Part5のうち、3Partsの受講が必須です。ただし、Part1と協働師Part5の受講が必須です。(規則第5条、細則第3条)**

**※修了証（写）を別紙・****修了書貼付用紙に貼付してください。修了証（写）には番号を振り、その番号を「修了証No」欄に記してください。**

**※認定研修終了後、同日に認定試験を受験される予定の場合は、「修了証No.」欄に「予定」と記してください。(細則第4条)**

**※用紙が足りなければ、コピーしてご利用ください。**

|  |
| --- |
| **会員歴について** |
| 入会日：　　　　年　　　　月　　　　日　　　会員歴：（現在まで）　　　　　　年　　　　月 |

**※受験には申請時において連続して３年以上の正会員歴が必要です。（細則第3条・2024年まで暫定措置あり）**

**※会員歴がわからなければ、無記入でご提出いただいても結構です。事務局にて記します。**

**修了証貼付用紙**

**※修了証（写）をこの用紙に貼付してください。修了証（写）には番号を振り、その番号を受験資格証明書の「修了証No」欄に記してください。**

**※用紙が足りなければ、コピーしてご利用ください。**

**勤務証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施設名 |  |
| 勤務期間 | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 |
| 施設連絡先 | 〒 |
| TEL |
| FAX |

上記のとおり、勤務したことを証明します。

　平成　　年　　月　　日

施設長名 　 印

**※受験には申請時において3年以上の臨床経験（認定医・認定師）、3年以上の実務経験（認定協働師）が必要です。**

**（細則第3条）**

**試験料振込控貼付用紙**

**試験料　10,000円を下記口座にお振込みいただき、控（写しでも可）をこの用紙に貼付してください。振込手数料はご本人様にてご負担願います。**

※振込口座

　〇　ゆうちょ銀行間の振込

　　口座種類：　　　普通

　　口座記号・番号：10060-49862781

　　口座名義：　　　一般社団法人　日本統合医療学会

（フリガナ：ｼｬ）ﾆﾎﾝﾄｳｺﾞｳｲﾘｮｳｶﾞｯｶｲ）

　〇　他金融機関からの振込

　　金融機関名：　　ゆうちょ銀行（9900）

支店名：　　　　008支店（支店番号008）

口座種類：　　　普通預金

　口座番号：　　　4986278

　　口座名義：　　　一般社団法人　日本統合医療学会

（フリガナ：ｼｬ）ﾆﾎﾝﾄｳｺﾞｳｲﾘｮｳｶﾞｯｶｲ）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※　別紙「会員資格区分コード表」** |  |  |  |  |  |
| 番号 | 職種 | (参考）認定制度の該当区分 |
| 1 | 医師 | 認定医 |
| 2 | 歯科医師 | 認定医 |
| 3 | 獣医師 | 認定医 |
| 4 | 薬剤師 | 認定師 |
| 5 | 看護師・准看護師 | 認定師 |
| 6 | 保健師・助産師 | 認定師 |
| 7 | リハビリ系（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・技師装具士） | 認定師 |
| 8 | 検査・補助系：医科（臨床検査技師・診療放射線技師・臨床工学技士・視能訓練士） | 認定師 |
| 9 | 検査・補助系：歯科（歯科衛生士・歯科技工士） | 認定師 |
| 10 | 管理栄養士・栄養士 | 認定師 |
| 11 | 福祉系（介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士） | 認定師 |
| 12 | 救急救命士 | 認定師 |
| 13 | 公認心理師 | 認定師 |
| 14 | 日本伝統医療系（鍼灸師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師） | 認定師 |
| 15 | その他：国家資格あり | 認定師 |
| 16 | 伝統・補完代替医療提供者①（中国伝統医学・アーユルヴェーダ・アロマセラピー） | 認定協働師　 |
| 17 | 伝統・補完代替医療提供者②（カイロプラクティック・オステオパシー） | 認定協働師　 |
| 18 | 伝統・補完代替医療提供者③（ヨーガ・気功・エネルギー療法） | 認定協働師　 |
| 19 | 心理系（臨床心理士・産業カウンセラー） | 認定協働師　 |
| 20 | その他：国家資格なし | 認定協働師　 |