**一般社団法人日本統合医療学会**

**認定施設等に関する規程第4条（申請）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．認定施設申請書

２．申請理由

３．認定施設ガイドライン第2章に基づく活動報告

４．情報掲載に関する承諾書

５．倫理綱領の遵守に関する宣誓書

６．審査手数料振込控貼付用紙

年　　　　月　　　　日

申請施設名：　　　　　　　　　　　印

施設長名：

【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。**

**認定施設申請書**

申請日：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **（フリガナ）****施設長名** |  |
| **（フリガナ）****申請者代表名** |  |
| **同上所属部署** |  |
| **同上役職** |  |
| **所在地** | **〒** |
| **TEL** | **FAX** |
| **E-mail** |
| **ホームページアドレス** |
| **所属認定者****氏名・番号****・種別（医療モデルとしての施設は認定医の、社会モデルとしての施設は認定師、認定協働師の在籍が必要です。）** | **氏名** | **番号** | **種別（該当に○）** |
|  |  | 認定医　・　認定師　・　認定協働師 |
|  |  | 認定医　・　認定師　・　認定協働師 |
|  |  | 認定医　・　認定師　・　認定協働師 |
|  |  | 認定医　・　認定師　・　認定協働師 |
| **日本統合医療学会理事の推薦がある場合；　理事名** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **★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.**

**申請理由**

申請日：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **申請施設名** |  |

（500字～1000字でご記入下さい。）

**認定施設ガイドライン第2章に基づく活動報告**

**★認定施設ガイドライン第2章にある「医療モデルとしての施設」「社会モデルとしての施設」いずれの申請であるか、を以下にチェックしてください。「認定施設ガイドライン第2章に基づく活動報告」は「医療モデルとしての施設」用、「社会モデルとしての施設」用のいずれか一方をご記入いただければ結構です。**

**□　「医療モデルとしての施設」として申請します。**

**□　「社会モデルとしての施設」として申請します。**

**〇　「医療モデルとしての施設」用**

**1. 医療法などにおいて定められる医療提供施設である証明（写し可）を提出してください。（診療所開設許可証(写し)、保険医療機関指定通知書(写し)、医療法人としての登記簿（写し、名称・所在地・役員・設立年月日がわかるもの）、等）**

**2．現在の統合医療における活動内容（統合医療の医療モデルとして、伝統医療・相補代替医療が近代西洋医学と統合して行われていることを中心に記載してください。）**

**3. 過去5年間での統合医療における活動報告**

**１） 症例報告　学会発表、論文など**

**症例報告**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 学会名 | 演題 | 発表者 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**学会発表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 学会名 | 演題 | 発表者 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**２） 実施報告　　公的機関等への報告、学会発表、論文など**

**報告**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 機関名 | タイトル | 報告者 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**３）その他**

**4. 過去5年間での統合医療における活動報告（年間20例以上の統合医療の医療モデルの実績があることを証明してください。****診療録のコピー（個人情報に関わる部分は消して結構です。）提出、または、別紙・症例報告用紙への記入にて証明してください。）**

**5. 指導体制、連携体制の報告（本学会認定医の下に十分な指導体制がとられていること、多職種連携を行う体制を有していること証明してください。本学会認定制度資格所持者の認定証写しを同封してください。）**

**一般社団法人日本統合医療学会　認定施設申請用　症例報告用紙　(コピーしてご使用ください）**

**（西暦　　　　　　　年）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例No. | 氏名（イニシャル）性・年齢カルテ番号 | 治療期間（外来回数） | 主訴 | 診断名（併記可能） | 治療の概要 | 統合医療としての実践内容 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**〇　「社会モデルとしての施設」用**

**1. 日常の生活の場での生活者を中心とした疾病予防や健康増進を目的として地域住民を中心とした地域コミュニティの多世代連携による多様な地域住民の生活の質（ＱＯＬ）の向上を目指す施設である証明（写し可）を提出してください。**

**2. 過去5年間での統合医療における活動報告**

**１） 症例報告　学会発表、論文など**

**症例報告**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 学会名 | 演題 | 発表者 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**学会発表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 学会名 | 演題 | 発表者 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**２） 実施報告　　公的機関等への報告、学会発表、論文など**

**報告**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 機関名 | タイトル | 報告者 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**３）その他**

**3. 過去5年間での統合医療における活動報告（統合医療の社会モデルの実績があることを証明してください。）**

**4. 指導体制、記録体制の報告（本学会認定師、認定協働師いずれかの下に十分な指導体制がとられていること、提供された伝統療法・相補代替医療について適宜適切な記録が付けられていることを証明してください。本学会認定制度資格所持者の認定証写しを同封してください。）**

**5．法人格を有している証明（写し可）を提出してください。（登記簿（写し、名称・所在地・役員・設立年月日がわかるもの）、等）見込みの場合は、現在の進捗状況、取得予定日を記した書類（書式自由）を提出してください。**

**情報掲載に関する承諾書**

下記の情報の掲載を

承諾します　・　承諾しません

（○をおつけください）

ご承諾頂きました場合は、下記ご記入ください。

HPおよびIMJ関係誌に掲載させていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設長名 |  |
| 所属　都道府県 |  |

**倫理綱領の遵守に関する宣誓書**

私は一般社団法人日本統合医療学会（以下、本学会という）の倫理綱領（本学会倫理宣言、本学会倫理規約、本学会における利益相反規程）を確認し、認定施設等に関する規程第6条・第7条に基づき、遵守することを宣言します。

本学会倫理綱領に反する行為があった場合、認定施設等に関する規程第8条に基づき、私が持つ認定施設等に関する規程に基づく資格の認定が取り消されることに同意いたします。

宣誓施設名（自筆）

宣誓施設長名（自筆）

**審査手数料振込控貼付用紙**

**申請審査手数料　30,000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 | 公認心理士 | 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　 |