

[学会について](#)[学術集会  
セミナー](#)[専門医制度](#)[研究助成  
若手育成](#)[関連リンク](#)[入会のご案内  
各種手続き](#)[お問い合わせ](#)

## IBD専門医申請フォーム

[一般社団法人日本炎症性腸疾患学会](#) > [IBD専門医申請フォーム](#)

下記の申請フォームに必要事項をご入力の上、このページの下の[送信]ボタンをクリックしてください。

今後の連絡は申請者の会員マイページのメールアドレス宛にお送りします。

### 申請者情報登録

会員番号 必須

※会員番号6桁、半角数字のみ入力可。

申請者氏名 必須

姓 名

フリガナ 必須

セイ メイ

勤務先名称 必須郵便番号 必須

7桁を（-「ハイフン」あり）ご入力ください（例：123-4567）

勤務先住所 必須

都道府県

例：東京都

市区町村、番地等

例：新宿区下宮比町2-28 飯田橋ハイタウン703

メールアドレス 必須

会員マイページに登録しているメールアドレスを入力してください

メールアドレス確認 必須

確認のためにもう一度入力して下さい

連絡先TEL（半角数字） 必須[会員マイページ](#)[専門医制度](#)[指導医  
指導施設一覧](#)[MS教育  
プロジェクト](#)[機関誌](#)[臨床研究](#)[医療情報](#)[ガイドライン](#)[難病研究班](#)[市民の  
みなさまへ](#)

日中に連絡が取れる電話番号（携帯可）を、市外局番より続けて入力ください（-「ハイ

FAX（半角数字）

市外局番より続けて入力ください（-「ハイフン」あり）

医籍登録番号 **必須**

医籍登録年月日 **必須**

--  年 --  月 --  日

日本専門医機構が認定する基本領域・サブスペシャルティ領域の学会専門医（代表するもの1つ） **必須**

学会専門医名

学会専門医番号

上記に伴う背景領域 **必須** ※代表するもの1つ

- 消化器病  消化器内視鏡  内科  外科  消化器外科  小児科  
 その他

## 臨床研修実績

本学会が認定した指導施設または関連施設に、常勤として通算1年以上IBDの臨床研修を行った期間を入力してください。

※「研修証明書」と内容を一致させること。

研修期間 **必須**

--  年 --  月 ~ --  年 --  月 （ 年  ヶ月）  
計

指導施設／関連施設名称 **必須**

研修証明書に署名をした指導医名 **必須**

.....  
※上記研修期間が通算1年に満たない場合は、下記欄をご使用ください。

研修期間

-- 年 -- 月 ~ -- 年 -- 月 ( 年 月 )  
計

指導施設／関連施設名称

研修証明書に署名をした指導医名

研修期間

-- 年 -- 月 ~ -- 年 -- 月 ( 年 月 )  
計

指導施設／関連施設名称

研修証明書に署名をした指導医名

- \* 研修実績は、常勤としての勤務が必須。
- \* 通年でない場合、合算で1年以上となれば可。
- \* 2025年3月31日までの見込み期間を含む。
- \* 申請時より過去3年(2021年度)までさかのぼって指導施設／関連施設での研修を認める。

## 日本炎症性腸疾患学会学術集会の参加状況

第15回日本炎症性腸疾患学会学術集会もしくは第14回日本炎症性腸疾患学会学術集会に参加しましたか。 必須

はい  いいえ

\* 参加状況は事務局で把握しております。

## 教育セミナー参加状況

受講した教育セミナーにチェック☑をしてください。 必須

- 2024年度 医師向け教育セミナー（2024年11月～2024年12月開催） ---- 受講済
- 2023年度 医師向け教育セミナー（2023年12月～2024年01月開催） ---- 受講済
- 2022年度 医師向け教育セミナー（2022年12月～2023年01月開催） ---- 受講済

\*参加状況は事務局で把握しております。

## 発表業績

IBDに関する学会発表を1つ入力してください。

演題名 必須

学会名 必須

例 第15回日本炎症性腸疾患学会学術集会

発表年月 必須

-- ▼ 年 -- ▼ 月

筆頭演者・共同演者 必須

筆頭演者  共同演者

\*申請時より過去3年以内に筆頭演者または共同演者として、IBDに関する学会発表を1回以上行っていること。

\*日本炎症性腸疾患学会学術集会以外の学術団体が開催する学会発表でも可。

\*学術団体ではない講演会などの発表は不可。

## 年会費の納入状況

年会費の納入状況 必須

支払い済

\*[会員マイページ](#)でご確認いただけます。

\*2024年度年会費（会計年度4/1～翌3/31）、また過去に未納がないこと。

\*年会費の未納があると、申請を受け付けることができません。

## 申請書類アップロード

提出する経験症例レポートの基本領域を選択してください。 必須

内科系（10例）  外科系（3例）  小児科系（3例）

必要書類をまとめたzipファイルを下記よりアップロードしてください。 必須

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

注意)

必ず指定のファイル名・フォルダ名でアップロードしてください。

申請完了前に再度ご確認ください。

送信ボタン押下後は修正できません。

申請された書類をそのまま審査に回しますので、十分ご確認のうえ、送信ボタンを押してください。

[個人情報保護方針](#)に同意し、以上の内容で送信する 必須

送信

一般社団法人日本炎症性腸疾患学会 事務局

〒162-0822 東京都新宿区下宮比町2-28 飯田橋ハイタウン703

TEL:03-3268-6423

FAX:03-6280-8850

MAIL:jimukyoku@jsibd.jp

[会員マイページ](#) >

[サイトマップ](#) >

[お問い合わせ](#) >

Copyright © 一般社団法人日本炎症性腸疾患学会