

【旧書式の見本】 こちらは古い書式になります。第35回超音波検査士認定試験には利用できません。下に枠で囲んだ「施設の証明者欄」がありますが、新しい書式では上部にあります。新しい書式を利用してください。

【旧書式の見本】 健診領域以外

(必ず記載すること) 受付No. _____

(様式3の1)

超音波検査実績

受験者氏名 _____ 受験臨床領域 _____

生年月日 19__年__月__日生(男・女)

*抄録は疾患コードの順で記載すること(様式3の2も同様) *健診領域は**健診領域用(様式3の1)**を用いること

抄録番号	検査年月日	年齢	性別	診断名	疾患コード
略					

日本超音波医学会理事長 殿

上記の者が、当施設において施行したとして提出した超音波検査実績一覧表および抄録に関して誤りのないことを証明する。

____年__月__日

施設名 _____ 役 職 _____

所在地 _____ 氏 名 _____

TEL _____ (自 署) _____ 印 _____

*本証明書の証明者は本会認定の超音波専門医である必要はありません。超音波検査を施行した施設の臨床責任医師に署名・捺印をもらって下さい。医師がいなくても、施設の責任者(常勤するもの)でも結構ですが、受験生本人による証明は認められません。役職が「講師」の場合、常勤医師であることを追記してください。

【旧書式の見本】健診領域以外

- ・「一般社団法人日本超音波医学会」のものではありません。
- ・青字の注意事項の記載はあっても利用できます。
- ・「健診領域」を受験する方は「健診領域専用」書式をご利用ください。
- ・次頁にある「注意事項」の文言の有無は問題ありません。「公益社団法人日本超音波医学会」のもので「古い注意事項」のものであった場合、利用可能です。

(必ず記載すること) 受付 No. _____

(様式 3 の 2)

*様式3の2は両面にする必要はありません。

超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 _____ 受験臨床領域 _____

抄 録 番 号		年 齢		性 別	
施 設 名				疾患コード	
検 査 年 月 日		超音波診断医名 (担当医)			
[超音波検査所見]					
超 音 波 診 断 *					
健診以外の領域：[超音波所見と臨床診断との関連について] 健診：[超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する					
最 終 診 断 *					

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

一般社団法人日本超音波医学会理事長 殿 ←利用できません。

一般社団法人日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

一般社団法人日本超音波医学会 ←利用できません。

認定超音波専門医氏名

(自署)

印

(FJSUMNo - _____)

抄 録 番 号

受 験 者 氏 名

[写真貼付欄]

古い書式の注意事項

※写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。

新しい書式の注意事項

写真の個人情報（氏名、ID、生年月日）は必ず削除するか、読み取れないように消去すること。

※写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。あるいは、電子画像をコピー&ペーストで貼り付けてもよい。

[スケッチ記入欄]

古い書式の注意事項

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。

新しい書式の注意事項

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。

鉛筆書き可。