

2022年11月4日

日本卵子学会認定
生殖補助医療管理胚培養士を受験される
有資格者 各位

2023年度生殖補助医療管理胚培養士資格認定制度 資格審査のお知らせ

一般社団法人日本卵子学会
生殖補助医療胚培養士認定委員会
委員長 木村 直子
副委員長 高橋 俊文

謹啓

日本卵子学会では、生殖補助医療に携わる胚培養士の水準を向上させ、管理胚培養士として認定することを目的として、生殖補助医療管理胚培養士資格認定制度を発足させました。本制度は、当学会と日本生殖医学会の両学会における認定制度となっております。

2023年度生殖補助医療管理胚培養士資格審査を下記要領にて実施いたします。審査希望の方は要項をご確認の上、受付期間内にお申込みいただきますようお願い申し上げます。

謹白

記

審査期日：2023年4月23日(日) 9:30～17:00(開場 9:00頃)

審査会場：一橋大学一橋講堂
東京都千代田区一ツ橋 2-1-2 学術総合センター内 Tel. 03-4212-3900

申請資格：実施要項をご参照下さい。

受付期間：2022年12月21日(水)～2023年1月20日(金)(消印有効)

- ・生殖補助医療胚培養士の資格更新審査と同年度のお申し込みとなる場合は、管理胚培養士申請書類において更新審査を行いますので、更新申請書類の提出は不要です。ただし生殖補助医療胚培養士の資格更新審査申込書を併せてご提出ください。
- ・申請書類の受付後、メールにて「申請書類受付」のご連絡をいたします。
- ・2月～3月初旬に書類審査を行い、3月中旬～下旬頃に返信用ハガキにて結果をお知らせいたします。

書類送付先：〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル7階
(株)毎日学術フォーラム内 日本卵子学会 宛
「管理胚培養士申請書類 在中」と朱記して下さい。

・申請書類の到着時の受領連絡は致しておりません。申請書類到着の確認をご希望の場合は、レターパックや簡易書留等、ご自身で確認ができる方法でご送付頂きますようお願いいたします。

費用：3万円

- ・申請書類の不備あるいは要件を満たしていないなどの理由により、申請不受理となった場合においても、書類審査料として1万円を申し受けます。
- ・なお管理胚培養士受験者の生殖補助医療胚培養士認定講習会の受講費用は1万円(倫理講習会のみ場合は3千円)です。参加希望者は、講習会申込書を申請書類に添えて、審査費用に受講費用も併せて、お振込み下さい。

振込口座： ゆうちょ銀行〇一九(ゼロイチキュー)店
当座 0790520
加入者名:一般社団法人 日本卵子学会

振込期間： **2023年1月27日(金)～2月6日(月)(期間厳守)**
・メールでの「申請書類受付」のご連絡を確認後、お振込み下さい。

審査方法： 書類審査および口述試験
・口述試験は、3名の試験官により、30分～1時間弱程度行います。各自の試験時間は後日ご案内致します。

審査発表： 本学会および日本生殖医学会での合否判定後、申請者に通達致します。さらに合格者名を両学会の機関誌等を通じて公表致します。

問合わせ先： 日本卵子学会事務局 E-mail：maf-jsor.info@mynavi.jp
・申請資格の有無等について、事務局では個別に回答は致しかねます。審査要項をご確認の上、ご判断を頂きますようお願いいたします。

日本卵子学会認定生殖補助医療管理胚培養士資格審査

<申請資格>

生殖補助医療管理胚培養士の資格申請ができる者は、下記の(1)～(7)の条件を満たす者とする。

- (1) 日本卵子学会および日本生殖医学会の会員であり、会費を全納している者。
- (2) 日本産科婦人科学会の登録施設において、生殖補助医療胚培養士資格取得後5年以上継続して生殖補助医療務に携わっている者。
- (3) 次の各号のいずれかに該当している者。
 - ① 博士の学位を取得した者で、最近5年に3編以上(2編以上は筆頭著者であること)の生殖に関する学術論文を学会誌等(国内外を問わず)に発表した者。
 - ② 修士の学位を取得した者については、本委員会が博士号と同等以上であると判断した者。
- (4) 生殖補助医療に対する高度な知識と能力並びに倫理観を有している者。
ここでいう高度な知識と能力とは、培養室の設計、維持および管理、胚培養士の指導並びに臨床医師への適切な助言等ができることを指す。
- (5) 本学会学術集会に最近5年に2回以上参加している者。
- (6) 本学会学術集会あるいは関連学会大会で最近5年に5回以上参加および発表している者。
関連学会とは日本産科婦人科学会、日本生殖医学会、日本泌尿器科学会、日本受精着床学会、日本生殖免疫学会、日本アンドロロジー学会、日本IVF学会、国際生殖医学会(IFFS)、アメリカ生殖医学会(ASRM)、ヨーロッパ生殖医学会(ESHRE)、アジア太平洋生殖医学会(ASPIRE)とし、日本国内での地方部会は含まないものとする。
- (7) 生殖補助医療胚培養士認定後あるいは更新後に、少なくとも1回は本学会主催の「倫理」に該当する講習会を受講している者。

<申請書類>

- (1) 資格審査申込書
- (2) 履歴書(A4判・写真貼付)
- (3) 申請資格(3)①に該当する者:学位記(博士)のコピー
申請資格(3)②に該当する者:学位記(修士)のコピー
- (4) 生殖補助医療胚培養士認定証のコピー
- (5) 生殖補助医療臨床実務経験証明書
所属する登録施設において、生殖補助医療胚培養士資格取得後5年継続して生殖補助医療に携わっていることを証明する実施責任医師による証明書。所属変更があった場合は、前所属先の証明書も提出のこと。
- (6) 体外受精・胚移植法実施記録
最近5年に実施した200症例について記載した症例記録。
- (7) 日本産科婦人科学会見解に基づく登録申請受理通知書のコピー
所属する施設が、体外受精・胚移植の臨床実施、ヒト胚及び卵子の凍結保存と移植、顕微授精の臨床実施に関する登録施設であることを証明するもの(申請時において最新の証明書を提出のこと)。所属変更があった場合は、前所属先の証明書も提出のこと。

- (8) 本学会学術集会に最近5ヵ年以内に2回以上参加したことを証明する学会参加証のコピー
- (9) 本学会及び関連学会に最近5ヵ年に5回以上の発表をしたことを証明する講演要旨集のコピーあるいは発表した論文の別刷を添付すること。
- (10) 本学会主催の「倫理」に該当する講習の受講証明書(2023年3月29日(水)～4月5日(水))に配信予定のWebを介したeラーニングによる倫理講習会の受講証明書でも可)
- (11) 返信用葉書(表面に住所・氏名を記載したもの)

※改姓等により、申請書類の氏名が異なる書類が混在する場合

同一人物であることを確認するための証明書類をご提出ください。旧姓から新姓への変更を証明する公的書類の写し(戸籍謄抄本、運転免許証両面のコピー等)を必ず同封してください。

< 資格認定審査 >

- (1) 審査期日 : 審査は原則として年1回とする。
- (2) 審査方法 : 書類審査および口述試験
- (3) 審査費用 : 3万円
 - ・申請書類の不備あるいは要件を満たしていないなどの理由により、申請不受理となった場合においても、書類審査料として1万円を申し受けます。

以上、申請に当たっては、一般社団法人日本卵子学会生殖補助医療管理胚培養士及び胚培養士資格制度規程、審査規則、細則をご確認下さい。

2023 年度
日本卵子学会認定生殖補助医療管理胚培養士
資格審査申込書

受付期間：2022年12月21日(水)～2023年1月20日(金)(消印有効)

- フリガナ
1. 氏 名 _____
 2. 所属施設 _____
 3. 所属住所
〒 _____
 4. 電話番号 _____
 5. Fax 番号 _____
 6. E-mail _____ @ _____
 7. 備 考 日本生殖医学会会員番号 _____

連絡先：〒100-0003

東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル7階

(株)毎日学術フォーラム内日本卵子学会 事務局

E-mail: maf-jsor.info@mynavi.jp

培養士更新年度と重なっている場合は、併せて提出して下さい。

2023 年度
日本卵子学会認定生殖補助医療胚培養士
資格更新審査申込書

受付期間：2022 年 12 月 21 日(水) ～ 2023 年 1 月 20 日(金) (消印有効)

- フリガナ
1. 氏 名 _____
2. 所属施設 _____
3. 所属住所
〒 _____
4. 電話番号 _____
5. Fax 番号 _____
6. E-mail _____ @ _____
7. 備 考

連絡先：〒100-0003

東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル7階
(株)毎日学術フォーラム内 日本卵子学会 事務局
E-mail: maf-jsor.info@mynavi.jp

【生殖補助医療臨床実務経験証明書】

氏 名 _____

生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属施設 _____

上記の者は、_____ (病院・医院・診療所)において、

_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 の間、

生殖補助医療の生殖細胞培養室業務に従事した事を証明する。

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生殖補助医療実施登録施設名

生殖補助医療実施責任者 (署名)

【体外受精・胚移植法実施記録】

症例番号 _____ ~ _____

以下の報告について、間違いないことを証明いたします。

年 _____ 月 _____ 日 責任医師氏名(署名) _____

申請者氏名 _____ 所属施設名 _____

*カルテ番号は下2桁か3桁とし、日付の古いものからご記入下さい。

	カルテ番号	採卵 年月日	体外受精/ 顕微授精	新鮮/凍結胚 移植	胚移植 年月日	臨床妊娠の 有無
1	記載例 01	2021/04/01	体外受精	凍結胚移植	2021/06/01	○
2	記載例 02	2021/04/03	顕微授精	新鮮胚移植	2021/04/08	×
3	記載例 03	2021/04/05	体外受精+顕微授精(スプリット)	凍結胚移植	2021/06/06	○
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						

【体外受精・胚移植法実施記録】

症例番号 _____ ~ _____

以下の報告について、間違いないことを証明いたします。

年 月 日 責任医師氏名(署名)

申請者氏名 _____ 所属施設名 _____

*カルテ番号は下2桁か3桁とし、日付の古いものからご記入下さい。

	カルテ番号	採卵 年月日	体外受精/ 顕微授精	新鮮/凍結胚 移植	胚移植 年月日	臨床妊娠の 有無
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						

【体外受精・胚移植法実施記録】

症例番号 _____ ~ _____

以下の報告について、間違いがないことを証明いたします。

年 月 日 責任医師氏名(署名)

申請者氏名 _____ 所属施設名 _____

*カルテ番号は下2桁か3桁とし、日付の古いものからご記入下さい。

	カルテ番号	採卵 年月日	体外受精/ 顕微授精	新鮮/凍結胚 移植	胚移植 年月日	臨床妊娠の 有無
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						
101						
102						
103						
104						
105						
106						
107						
108						
109						
110						
111						
112						
113						
114						
115						
116						
117						
118						
119						
120						

【体外受精・胚移植法実施記録】

症例番号 _____ ~ _____

以下の報告について、間違いないことを証明いたします。

年 _____ 月 _____ 日 責任医師氏名(署名) _____

申請者氏名 _____ 所属施設名 _____

*カルテ番号は下2桁か3桁とし、日付の古いものからご記入下さい。

	カルテ番号	採卵 年月日	体外受精/ 顕微授精	新鮮/凍結胚 移植	胚移植 年月日	臨床妊娠の 有無
121						
122						
123						
124						
125						
126						
127						
128						
129						
130						
131						
132						
133						
134						
135						
136						
137						
138						
139						
140						
141						
142						
143						
144						
145						
146						
147						
148						
149						
150						
151						
152						
153						
154						
155						
156						
157						
158						
159						
160						

【体外受精・胚移植法実施記録】

症例番号 _____ ~ _____

以下の報告について、間違いのないことを証明いたします。

年 _____ 月 _____ 日 責任医師氏名(署名) _____

申請者氏名 _____ 所属施設名 _____

*カルテ番号は下2桁か3桁とし、日付の古いものからご記入下さい。

	カルテ番号	採卵 年月日	体外受精/ 顕微授精	新鮮/凍結胚 移植	胚移植 年月日	臨床妊娠の 有無
161						
162						
163						
164						
165						
166						
167						
168						
169						
170						
171						
172						
173						
174						
175						
176						
177						
178						
179						
180						
181						
182						
183						
184						
185						
186						
187						
188						
189						
190						
191						
192						
193						
194						
195						
196						
197						
198						
199						
200						

○年○月○日

○ ○ クリニック
生殖補助医療の実施登録機関 実施責任者
○ ○ ○ 殿
(施設No.)

Sample

公益社団法人日本産科婦人科学会
理事長 ○ ○ ○ ○

学会見解に基づく諸登録の再登録申請受理通知書

貴院より再登録申請のありました

- ◇ 体外受精・胚移植の臨床実施に関する登録
- ◇ ヒト胚および卵子の凍結保存と移植に関する登録
- ◇ 顕微授精に関する登録

につきまして、本会はこれを受理しましたのでご通知いたします。本会の見解を遵守し、下記事項にご留意ください。

なお、この登録承認は日本産科婦人科学会倫理委員会内登録・調査小委員会による、一般不妊臨床医のために平均的と考えられる生殖医療の指針や考え方に基づく施設登録であり、各施設が社会的、倫理的考え方により工夫されるインフォームド・コンセント様式やARTの手段・設備などに保証あるいは制限を加えるものではありません。

したがって、インフォームド・コンセントに記載されたARTの内容や同意事項に関する法的問題が発生した場合、本登録承認が同意書に記載された内容や状況の責任を担保するものではないことを付記いたします。

記

- 1 登録内容のいずれかに変更が生じたときは、すみやかに本会宛変更の届出を提出すること
- 2 本会より実施についての報告を求めた際は、すみやかに応じること

注意

- ・書類は過去5年以内に発行された最新のもののコピーを送ること
- ・過去5年以内に所属先が変わった場合は、以前の所属先のもののコピーも提出すること