

# 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和2年 6月30日

都道府県知事 殿

病院名 公立阿伎留医療センター

開設者 阿伎留病院企業団 企業長 荒川泰行 印

医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成14年厚生労働省令第158号）第12条に基づき、年次報告書を提出いたします。

また、併せて、同省令第9条に基づき、① 研修プログラムの変更、2. 研修プログラムの新設を届け出ます。（研修プログラムを変更する場合には「1. 研修プログラム変更」に、研修プログラムを新設する場合には「2. 研修プログラムの新設」に○をつけてください。）

① 基幹型臨床研修病院 2. 協力型臨床研修病院 （報告又は届出を行う臨床研修病院の型の番号に○をつけてください。）

- 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－1－から－5－まで及び別紙1については、臨床研修プログラム検索サイトの画面を印刷したもの（不足する項目は適宜加筆すること）等必要な項目がわかるものを代わりに添付していただいて構いません。
- 項目番号1から25までについては、年次報告において記入してください。
- 研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号26から36までについても記入してください。

# 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－1－

病院施設番号 : 031032

臨床研修病院の名称 : 公立阿伎留医療センター

記入日 : 西暦 2020 年 6 月 30 日

病院施設番号 (基幹型、協力型記入) 既に番号を取得している臨床研修病院については 病院施設番号を記入してください。	031032	臨床研修病院群の名称 (基幹型、協力型記入) 既に臨床研修病院群番号を有している臨 床研修病院群については、番号も記入し てください。	名称 番号
作成責任者の氏名及び連絡先 (基幹型、協力型記入) 本報告書の問合せに対して回答できる作成 責任者について記入してください。	フリガナ ハシモト サトル 氏名 (姓) 橋本 (名) 理		役職 総務課人事係長 (内線 2503 ) (直通電話 (042)558-0321 ) e-mail : <a href="mailto:jinji@akiru-med.jp">jinji@akiru-med.jp</a> (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ コウリツアキルイリョウセンター 公立阿伎留医療センター		
2. 病院の所在地及び二次医 療圏の名称 (基幹型・協力型記入)	〒 197-0834 ( 東京 都・道・府・県 ) 東京都あきる野市引田 78 番地 1 電話 : (042)558-0321 FAX : (042)559-5734 二次医療圏 の名称 : 西多摩二次医療圏		
3. 病院の開設者の氏名 (法 人の名称) (基幹型・協力型記入)	フリガナ アキルビヨウインキギョウダン キギョウチョウ アラカワヤスユキ 阿伎留病院企業団 企業長 荒川泰行		
4. 病院の開設者の住所 (法 人の主たる事務所の所在 地) (基幹型・協力型記入)	〒 197-0834 ( 東京 都・道・府・県 ) 東京都あきる野市引田 78 番地 1 電話 : (042)558-0321 FAX : (042)559-5734		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ アラカワ ヤスユキ 姓 荒川 姓 荒川		
6. 研修管理委員会の構成員の氏名 及び開催回数 (基幹型記入)	* 別紙 1 に記入 研修管理委員会のすべての構成員 (協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。		
7. 病院群の構成等 (基幹型記入)	* 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。		
8. 病院のホームページアドレス (基幹型・協力型記入)	<a href="https://www.akiru-med.jp">https://www.akiru-med.jp</a>		

## 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－2－

病院施設番号： 031032

臨床研修病院の名称： 公立阿伎留医療センター

		※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 (基幹型・協力型記入)		常勤： 53名、非常勤（常勤換算）： 12.7名 計（常勤換算）： 65.7名、医療法による医師の標準員数： 27.9名 * 研修医の氏名等について様式3に記入	
10. 救急医療 の提供の実績 (基幹型・協力型記入)		救急病院認定の告示	告示年月日： 西暦2018年11月30日、告示番号： 第1675号
		医療計画上の位置付け	1. 初期救急医療機関 (2) 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
		救急専用診療（処置）室の有無	(1) 有 ( 82.520 ) m <sup>2</sup> 0. 無
		救急医療の実績	前年度の件数： 7508件（うち診療時間外： 3208件） 1日平均件数： 20.5件（うち診療時間外： 8.7件） 救急車取扱件数： 1706件（うち診療時間外： 943件）
		診療時間外の勤務体制	医師： 2名、看護師及び准看護師： 2名
		指導を行う者の氏名等	* 別紙4に記入
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床 数を除く。） (基幹型・協力型記入)		1. 一般： 305床、2. 精神： _____床、3. 感染症： _____床 4. 結核： _____床、5. 療養： _____床	
12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・ 研修医の数 (基幹型・協力型記入)		* 別紙2に記入	
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数 第二位四捨五入） (基幹型・協力型記入)		1. 一般： 16.1日、2. 精神： 0.0日、3. 感染症： 0.0日 4. 結核： 0.0日、5. 療養： 0.0日	
14. 前年度の分娩件数 (基幹型・協力型記入)		正常分娩件数： 149件、異常分娩件数： 0件	
15. 臨床病理 検討会（CP C）の実施状 況 (基幹型・協力型記入)		開催回数	前年度実績： 2回、今年度見込： 2回 ※報告・届出病院の主催の * 別紙4に記入 下に開催した回数を記載
		指導を行う病理医の氏名等	
		剖検数	前年度実績： 3件、今年度見込： 3件
		剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 (1) 有 0. 無 ( ) 大学、( ) 病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
16. 研修医の ための宿舎及 び研修医室の 有無 (基幹型・協力型記入)		研修医の宿舎	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） (0) 無（住宅手当： 40000 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
		研修医室	1. 有（ 室） (0) 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
17. 図書、雑 誌、1インタ ーネット等が 利用できる環 境及び医学教 育用機材の整 備状況 (基幹型・協力型記入)		図書室の広さ	( 45.650 ) m <sup>2</sup>
		医学図書数	国内図書： 3500 冊、国外図書： 600 冊
		医学雑誌数	国内雑誌： 60 種類、国外雑誌： 5 種類
		図書室の利用可能時間	0:00 ~ 24:00 24時間表記
		文献データベース等の 利用環境	Medline等の文献データベース (1) 有 (0) 無、教育用コンテンツ (1) 有 (0) 無、 その他 ( MedicalOnline ) 利用可能時間 ( 0:00 ~ 24:00 ) 24時間表記
		医学教育用機材の整備 状況	医学教育用シミュレーター (1) 有 (0) 無、 その他 ( レサシアン等 )

# 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－3－

病院施設番号： 031032

臨床研修病院の名称： 公立阿伎留医療センター

18. 病歴管理体制 (基幹型・協力型記入)	病歴管理の責任者の氏名及び役職	フリガナ タカギ ヒロユキ (名) 弘之 (名) 弘之 役職 医事課長		
	診療に関する諸記録の管理方法	① 中央管理 ② 各科管理 その他 (具体的に：)		
	診療録の保存期間	( 20 ) 年間保存		
	診療録の保存方法	① 文書 ② 電子媒体 その他 (具体的に：2006年7月以前は文書)		
19. 医療安全管理体制 (基幹型・協力型記入)	安全管理者の配置状況	① 有 ( 1 名) 0. 無 有を選択した場合には、安全管理者の人数を記入してください。		
	安全管理部門の設置状況	職員：専任 ( 1 ) 名、兼任 ( 0 ) 名 主な活動内容：例)「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等 1) 院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報収集 2) 医療事故の防止のための研修及び教育等 ※医療安全管理担当 専従配置		
	患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況	患者相談窓口の責任者の氏名等： フリガナ コカド ナオコ (名) 尚子 (名) 尚子 役職 地域医療センター・副センター長 対応時間 (8:30 ~ 17:15) 24時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無： ① 有 0. 無		
	医療に係る安全管理のための指針の整備状況	① 有 0. 無 指針の主な内容： 1) それぞれの医療従事者の個人レベルでの医療事故防止対策 2) 医療施設全体の組織的な医療事故防止対策		
医療に係る安全管理委員会の開催状況	年 ( 12 ) 回 活動の主な内容： 1) 医療事故防止対策の検討及びその推進 2) 医療に係る危機管理 (リスクマネージメント) 3) 医療事故に係る調査及び情報収集 等			
	年 ( 2 ) 回 研修の主な内容： 職員個々の医療安全意識の向上を図るとともに、本院全体の医療安全の向上を図ること。			
医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善の方策	医療機関内における事故報告等の整備： ① 有 0. 無 その他の改善の方策の主な内容： ヒヤリ・ハット報告の事例のうち代表的なものについて、具体的な改善方法をその都度策定し、院内職員へ周知している。			
	修了： 2 名 中断： 0 名			
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 (基幹型・協力型記入)		前々年度	前年度	当該年度
	1 年	2	3	2
	2 年	1	2	3
22. 受入可能定員 (基幹型・協力型記入)	許可病床数 (歯科の病床数を除く。) から算出	許可病床数 ( 305 ) 床 ÷ 10 = ( 30 ) 名		
	患者数から算出	年間入院患者数 ( 5230 ) 人 ÷ 100 = ( 52 ) 名		
23. 当該病院からの医師派遣実績  ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。	○ 派遣実績 0名	→ 募集定員加算 0名		
	※ 募集定員加算の人数は、報告・届出年度の翌年度の募集定員を算出する際に用いる医師派遣等の加算人数を記入すること。(記入要領25を参照)			
	○ 地域医療対策協議会等の意向の把握 ( 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> )			
	※ 該当する方を○で囲むこと。			

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－4－

病院施設番号 : 031032

臨床研修病院の名称： 公立阿伎留医療センター

項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。		※			
24. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。			1. 精神保健福祉士：名 (常勤：名、非常勤：名) 2. 作業療法士：7名 (常勤：7名、非常勤：名) 3. 臨床心理技術者：名 (常勤：名、非常勤：名) 9. その他の精神科技術職員： _____名 (常勤：名、非常勤：名)		
25. 第三者評価の受審状況 (基幹型記入)			1. 有 (評価実施機関名：(年月日)) <input checked="" type="radio"/> 0. 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。		
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。					
26. 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。			研修プログラムの名称： 公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム プログラム番号：_____		
27. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1年次：3名、2年次：3名		
28. 研修医の募集及び採用の方法 (基幹型記入)	研修プログラムに関する問い合わせ先		フリガナ カシダ ミツオ 氏名(姓) 横田 氏名(姓) 所属 公立阿伎留医療センター 役職 副院長 電話：(042) 558-0321 FAX：(042) 559-5734 e-mail：mkashida@akiru-med.jp URL：http://www.akiru-med.jp/		
	資料請求先		住所 〒 197-0834 ( 東京都 ) あきる市野引田 78 番地 1		
			担当部門 総務課 担当者氏名 人事係 フリガナ 姓 名		
			電話：(042) 558-0321 FAX：(042) 559-5734 e-mail：jinji@akiru-med.jp URL：http://www.akiru-hosp.jp		
		募集方法		1. 公募 2. その他 (具体的に： )	
	応募必要書類 (複数選択可)		1. 履歴書、2. 卒業(見込み)証明書、3. 成績証明書、 4. 健康診断書、5. その他 (具体的に： 研修申込書 )		
	選考方法 (複数選択可)		1. 面接 2. 筆記試験 その他 (具体的に： 書類審査及び健康診断 )		
	募集及び選考の時期		募集時期：7月14日頃から 選考時期：7月21日頃から		
	マッチング利用の有無		1. 有 0. 無		

# 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－5－

病院施設番号：031032

臨床研修病院の名称：公立阿伎留医療センター

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

29. 研修プログラムの名称及び概要 (基幹型記入)		概要：* 別紙3に記入 (作成年月日：西暦2019年 4月26日)	
30. プログラム責任者の氏名等 (副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等) (基幹型記入) * プログラム責任者の履歴を様式2に記入 * 副プログラム責任者が配置されている場合にあっては、副プログラム責任者の履歴を様式2に記入		(プログラム責任者) フジタ ウメツ ミチオ 氏名(姓) 梅津 氏名(姓) 梅津 所属 公立阿伎留医療センター腎臓内科 役職 部長 (副プログラム責任者) 1. 有(0名) 0 無	
31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等 (基幹型記入) すべての臨床研修指導医等(協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。)について氏名等を記入してください。		* 別紙4に記入	
32. インターネットを用いた評価システム		1. 有(・EPOC・その他( )) 0 無	
33. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)		西暦2021年 4月 1日	
34. 研修医の待遇 (基幹型・協力型記入)	待遇の適用 (基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。)	1. 基幹型臨床研修病院と同一の待遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の待遇の項目については、記入不要です。 2. 病院独自の待遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(350400円) 賞与/年(665000円)	二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(386300円) 賞与/年(1413000円)
		時間外手当： 1. 有 0. 無	
		休日手当： 1. 有 0. 無	
	勤務時間	基本的な勤務時間(8:30～17:15) 24時間表記 休憩時間(12:00～13:00(60分))	
		時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇(1年次：15日、2年次：20日) 夏季休暇 1. 有 0. 無 年末年始 1. 有 0. 無	
		その他休暇(具体的に：慶弔休暇、産前産後休暇)	
	当直	回数(約 4回/月)	
研修医の宿舎(再掲)	1. 有(単身用：戸、世帯用：戸) 0. 無(住宅手当：40000円)	有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	1. 有(室) 0 無	有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
社会保険・労働保険	公的医療保険(市町村共済組合)		
	公的年金保険(市町村共済組合)		
	労働者災害補償保険法の適用(1. 有 0. 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用 1. 有 0. 無)		
	雇用保険(1. 有 0. 無)		
健康管理	健康診断(年 2回)		
	その他(具体的に)		
医師賠償責任保険の扱い	病院において加入 1. する 0. しない 個人加入(1. 強制 0. 任意)		
	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無		
35. 研修医手帳(基幹型記入)	1. 有 0. 無		
36. 連携状況(基幹型記入)	* 様式6に記入		

※欄は、記入しないこと。

## 7. 病院群の構成等

別表

基幹型又は地域密着型病院の名称（所在都道府県）：公立阿伎留医療センタ-（東京都）

基幹型又は地域密着型病院				協力型病院				臨床研修協力施設				研修プログラム			
所在都道府県	二次医療圏	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・削除	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・削除	名称	新規	名称	定員
東京都	西多摩 (病院施設番号:031032)			東京都	南多摩		医療法人社団 東京愛成会 高月病院 (病院施設番号:033332)		東京都	西多摩		檜原村国民健康保険 檜原診療 (病院施設番号:033333)		公立阿伎留医療センタ-臨床研修プログラム	3
							(病院施設番号: )		東京都	西多摩		医療法人社団仁葉会 葉山医院 (病院施設番号: )			
							(病院施設番号: )		東京都	西多摩		真惣会 馬場内科クリニック (病院施設番号:096524)			
							(病院施設番号: )		東京都	西多摩		あべクリニック (病院施設番号:168059)			
							(病院施設番号: )		東京都	西多摩		近藤医院 (病院施設番号:168060)			
							(病院施設番号: )					(病院施設番号: )			
							(病院施設番号: )					(病院施設番号: )			
							(病院施設番号: )					(病院施設番号: )			
							(病院施設番号: )					(病院施設番号: )			
							(病院施設番号: )					(病院施設番号: )			

病院群を構成する臨床研修病院及び研修協力施設（病院又は診療所に限る）が同一の二次医療圏又は同一の都道府県を越えている場合は、その理由を以下に記載。

高月病院は二次医療圏としては別になるが、公立阿伎留医療センター所在地のあきる野市と八王子市のほぼ境界にある精神病院であるため。

※ 該当する項目について、上から病院施設番号順に詰めて記入すること。

※ 病院群を構成するすべての基幹型病院、地域密着型病院、協力型病院及び臨床研修協力施設（今回の届出により削除しようとするものを含む。）の所在都道府県、二次医療圏、名称をそれぞれの「所在都道府」「二次医療圏」、「名称」欄に記入（既に病院施設番号を取得している研修病院等は番号を「名称」欄に記入）した上で、それぞれの施設が新たに臨床研修協力病院（協力施設）となる場合は「新規」欄に「○」を記入し、また、臨床研修病院（協力施設）を追加又は削除する場合にはそれぞれの施設が以前の病院群に追加されるか以前の病院群から削除されるかにより「追加・削除」欄に「追加」又は「削除」を記入すること。

※ 当該病院群に係るすべての研修プログラムの名称及び募集定員（自治医科大学卒業生分等マッチングによらないものを含む）を「研修プログラム」欄に記入すること。

## 6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（令和元年度開催回数 1 回）

病院施設番号： 031032 臨床研修病院の名称：公立阿伎留医療センター

氏名	所属	役職	備考
フリガナ カシダ ミツオ	公立阿伎留医療センター	副院長	研修管理委員長
姓 横田	名 光夫		
フリガナ アラカワ ヤスユキ	公立阿伎留医療センター	院長	研修実施責任者
姓 荒川	名 泰行		
フリガナ クノギ ユタカ	公立阿伎留医療センター	事務長	事務部門の責任者
姓 久野木	名 豊		
フリガナ ヤジマ ユキヒロ	公立阿伎留医療センター	副院長	臨床研修指導医
姓 矢嶋	名 幸浩		
フリガナ ウメツ ミチオ	公立阿伎留医療センター	部長	プログラム責任者、臨床研修指導医
姓 梅津	名 道夫		
フリガナ イトウ ノブユキ	公立阿伎留医療センター	部長	臨床研修指導医
姓 伊藤	名 宣行		
フリガナ タカダ シンイチ	公立阿伎留医療センター	部長	臨床研修指導医
姓 高田	名 真一		
フリガナ スズキ ジュンイチ	公立阿伎留医療センター	部長	臨床研修指導医
姓 鈴木	名 潤一		
フリガナ ウタガワ アキラ	公立阿伎留医療センター	部長	臨床研修指導医
姓 雅楽川	名 聰		
フリガナ ホンマ カネアツ	公立阿伎留医療センター	部長	臨床研修指導医
姓 本馬	姓 周淳		

※ 1 ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No. )」欄にページ数を記入すること。

## 6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（平成30年度開催回数1回）

病院施設番号： 031032 臨床研修病院の名称：公立阿伎留医療センター

氏名		所属	役職	備考
フリガナ タハラ クニアキ		檜原村国民健康保険	所長	研修実施責任者
姓 田原	名 邦朗	檜原診療所		
フリガナ ナガセ テルヨシ		医療法人社団 東京愛成会	院長	研修実施責任者
姓 長瀬	名 輝謙	高月病院		
フリガナ ハヤマ タカシ		医療法人社団 仁葉会	院長	研修実施責任者
姓 葉山	名 隆	葉山医院		
フリガナ アベ ヒデオ		医療法人社団ふくろう会	院長	研修実施責任者
姓 阿部	名 英雄	あべクリニック		
フリガナ ババ マスミ		真胤会 馬場内科クリニック	院長	研修実施責任者
姓 馬場	名 真澄			
フリガナ コンドウ ユキノブ		近藤医院	院長	研修実施責任者
姓 近藤	名 之暢			
フリガナ シモムラ サトシ		あきる野医師会(医療法人社団豊	あきる野医師会長（院長）	外部委員
姓 下村	名 智	信会 草花クリニック)		
フリガナ				
姓	名			
フリガナ				
姓	名			
フリガナ				
姓	名			

※ 1ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No. )」欄にページ数を記入すること。

## 12. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：公立阿伎留医療センター

病院施設番号：031032

区分	内科	救急部門	外科	麻酔科 (部門)	小児科	産婦人科			精神科	病院で定めた必修科目の診療科			その他の研修を行う診療科			合計
							又は			産科	婦人科					
年間入院患者実数 ( ) 内は救急件数又は分娩件数	2360		878 (7508)		54	368 (149)	( )						1570			5230
年間新外来患者数	5684		344	46	1453	731							10342			18600
1日平均外来患者数 ( ) 内は年間外来診療日数	232.9 (243)	( )	33.2 (243)	5.7 (243)	12.0 (243)	22.6 (243)	( )	( )	( )	( )	( )	( )	290. 4 ( )	( )	( )	/
平均在院日数	14.8		10.2		5.4	6.6							23.8			/
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医 数))	17 (7)	2 (2)	5 (4)	4 (1)	1 (1)	4 (2)	( )	( )	( )	( )	( )	( )	15 (5)	( )	( )	50 (22)

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

※ 基幹型指定申請においては、内科及び救急部門に係る患者の症例リストを添付すること。（様式任意）

## 12. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和3年度分)								臨床研修病院の名称：公立阿伎留医療センター							
								病院施設番号：031032							
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	11～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週	
公立阿伎留医療センター	内科	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	救急部門				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	地域医療	1	1												
	外科				1	1	1								
	小児科							1	1	1					
	産婦人科										1	1	1		
	精神科					1	1								

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とすること）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 担当分野が選択科目の場合は、受け入れる研修医の延人数は、受け入れ予定の最大数を記入すること。

## 29. 研修プログラムの名称及び概要

プログラム番号 : \_\_\_\_\_

病院施設番号 : 031032 臨床研修病院の名称 : 公立阿伎留医療センター

臨床研修病院群番号 : \_\_\_\_\_ 臨床研修病院群名 : \_\_\_\_\_

プログラム番号、病院施設番号及び臨床研修病院群番号は、既に取得されている場合に記入してください。

1. 研修プログラムの名称	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム			
2. 研修プログラムの特色	地域中核病院としてのプライマリ・ケアと2次医療を考慮に入れた総合診療、救急診療を効率的に研修できるように構成している。また、1次医療としてのべき地医療にも力を入れている。			
3. 臨床研修の目標の概要	1) 日常、遭遇することの多いあらゆる領域の疾患に対し、対応できる能力の獲得 2) 医師／患者の良好な関係の確立			
4. 研修期間	( 2 ) 年 (原則として、「2年」と記入してください。)			
備考	研修後そのまま専門研修に入り3年以上研修可能な病院は、その旨を記入してください。			
5. 臨床研修を行う分野	<b>研修分野ごとの病院又は施設 (研修分野ごとの研修期間)</b> * 同一の研修分野について複数の病院又は施設で研修を行う場合には、適宜欄を分割してすべての病院又は施設の名称 (病院施設番号) を記入してください。 * 研修期間は、研修分野ごとに週単位で記入してください。各研修分野におけるプログラムの詳細は備考欄に記入してください。 * 選択科目については、その診療科を選択した場合の病院又は施設等を記入してください。			
(記入例) × × 科	病院施設番号	病院又は施設の名称	研修期間	
	1234567	○○ 病院	○週	
必修科目・分野	内科	031032	公立阿伎留医療センター	2 4 週
	救急部門	031032	公立阿伎留医療センター	1 2 週
	地域医療	033333	檜原診療所	4 週
		096513	葉山医院	
		096524	真胤会 馬場内科クリニック	
		168059	あべクリニック	
		168060	近藤医院	
	外科	031032	公立阿伎留医療センター	4 週
	小児科	031032	公立阿伎留医療センター	4 週
	産婦人科	031032	公立阿伎留医療センター	4 週
精神科	033332	高月病院	4 週	
病院で定めた必修科目			週	
			週	
			週	
			週	
選択科目	泌尿器科	031032	公立阿伎留医療センター	4 8 週
	整形外科	031032	公立阿伎留医療センター	
	脳神経外科	031032	公立阿伎留医療センター	
	耳鼻咽喉科	031032	公立阿伎留医療センター	
	眼科	031032	公立阿伎留医療センター	
	皮膚科	031032	公立阿伎留医療センター	
	放射線科	031032	公立阿伎留医療センター	
	緩和治療科	031032	公立阿伎留医療センター	
	臨床検査科 (病理)	031032	公立阿伎留医療センター	

備考：基幹型臨床研修病院での研修期間・・・最低52週 ※原則として、52週以上行うことが望ましい。  
臨床研修協力施設での研修期間・・・最大4週 ※原則として、12週以内であること。ただし、へき地・離島診療所等の研修期間が含まれる場合はこの限りでは無い。  
研修プログラムに規定された4週以上のまとまった救急部門の研修を行った後に救急部門の研修としてみなす休日・夜間の当直回数・・・月約4回  
救急部門（必修）における麻酔科の研修期間・・・4週※但し、4週を上限とする  
一般外来の研修を行う診療科・・・内科、地域医療  
※地域医療の中での在宅診療を一般外来の欄に記載すること

プログラム番号、病院施設番号及び臨床研修病院群番号  
は、既に取得されている場合に記入してください。

病院施設番号 : 031032	臨床研修病院の名称:公立阿伎留医療センター
臨床研修病院群番号 :	臨床研修病院群名:

## 6. 研修スケジュール (一年次・二年次: いずれかに○)

プログラム番号

(No. 1)

臨床研修開始週を基準に各週の研修人数を記入してください。\* 1

病院又は施設の名称 (病院施設番号)	研修分 野 * 2	1~ 4週	5~ 8週	9~ 12週	11~ 16週	17~ 20週	21~ 24週	25~ 28週	29~ 32週	33~ 36週	37~ 40週	41~ 44週	45~ 48週	49~ 52週
凡例 ○×病院 (○×○×○×)	内科	5												
凡例 ▲■病院 (▲■▲■▲■)	外科		3											
凡例 △□病院 (△□△□△□)	外科			3										
公立阿伎留医療センター (031032)	内科	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1
公立阿伎留医療センター (031032)	救急					1	1	1	1	1	1	1	1	1
公立阿伎留医療センター (031032)	外科					1	1	1	1	1	1	1	1	1
公立阿伎留医療センター (031032)	小児科								1	1	1	1	1	1
公立阿伎留医療センター (031032)	産婦人科										1	1	1	1
公立阿伎留医療センター (031032)	一般外来												3	3

\* 1 : 臨床研修病院群における臨床研修で、1つの研修プログラムの中で研修医によって研修を行う研修分野の順番が異なる研修方法（たすきがけ方式等）を採用する場合は、当該研修プログラムの研修分野並びに当該分野の研修を行う病院又は施設の名称及び研修期間を本用紙に記入した上で、研修分野の順番のパターンごとに研修スケジュールを別葉に記入すること。また、同様の研修プログラムが複数存在する場合は、すべての研修プログラムを1枚にまとめたものを添付すること。

\* 2 : 「研修分野」欄には、「5. 臨床研修を行う分野」欄に記入した研修分野を記入すること。

\* 3 : 選択科目の研修分野の各月の研修人数については、病院ごとの研修医の受入予定の中で考えられる最大の受入数を記入すること。

プログラム番号、病院施設番号及び臨床研修病院群番号 は、既に取得されている場合に記入してください。	病院施設番号 : 031032	臨床研修病院の名称:公立阿伎留医療センター
	臨床研修病院群番号 :	臨床研修病院群名 :

## 6. 研修スケジュール（一年次・二年次：いずれかに○）

## プログラム番号

(No. 1)

臨床研修開始週を基準に各週の研修人数を記入してください。 \* 1

\* 1 : 臨床研修病院群における臨床研修で、1つの研修プログラムの中で研修医によって研修を行う研修分野の順番が異なる研修方法（たすきがけ方式等）を採用する場合は、当該研修プログラムの研修分野並びに当該分野の研修を行う病院又は施設の名称及び研修期間を本用紙に記入した上で、研修分野のパターンごとに研修スケジュールを別葉に記入すること。また、同様の研修プログラムが複数存在する場合は、すべての研修プログラムを1枚にまとめたものを添付すること。

\* 2 : 「研修分野」欄には、「5. 臨床研修を行う分野」欄に記入した研修分野を記入すること。

\* 3 : 選択科目の研修分野の各月の研修人数については、病院ごとの研修医の受入予定の中で考えられる最大の受入数を記入すること。

## 3.1. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等

病院施設番号：031032

臨床研修病院の名称：公立阿伎留医療センター

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験 有：○ 無：×	資格等	プログラム番号	備考
内科	荒川 泰行	公立阿伎留医療センター	院長(消化器内科)	52年	×	消化器病専門医	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	
内科	樺田 光夫	公立阿伎留医療センター	副院長(循環器内科)	42年	○	循環器専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4
内科	梅津 道夫	公立阿伎留医療センター	参事(腎臓内科部長)	36年	○	腎臓専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	1, 4
外科	矢嶋 幸浩	公立阿伎留医療センター	副院長(外科)	35年	○	外科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4
外科	三浦 弘之	公立阿伎留医療センター	呼吸器外科部長	35年	○	呼吸器外科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4
内科	岡野 憲義	公立阿伎留医療センター	消化器内科部長	35年	○	消化器病専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4
泌尿器科	朝岡 博	公立阿伎留医療センター	参事(泌尿器科部長)	40年	○	泌尿器科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4

※ 「担当分野」欄には、様式10別紙3の臨床研修を行う分野及び病理（CPC）を記入すること。

※ 「所属」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が所属する病院又は施設の名称を記入すること。

※ 「資格等」欄には、受講した指導医講習会名称や、取得した専門医資格等について記入すること。

※ 「プログラム番号」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が担当するすべてのプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

※ プログラム責任者、副プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にそれぞれに応じた番号を記入し、併せてプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

\* 研修実施責任者・・・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、当該施設における臨床研修の実施を管理する者

\* 臨床研修指導医（指導医）・・・研修医に対する指導を行う医師であり、7年（84月）以上の臨床経験及び指導医養成講習会等の受講経験を有する者

※ 地域医療重点プログラムにおいては、地域医療の指導医を必ず記載すること

※ 欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No. )」欄にページ数を記入すること。

## 3.1. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等

病院施設番号：031032

臨床研修病院の名称：公立阿伎留医療センター

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験 有：○ 無：×	資格等	プログラム番号	備考
麻酔科	本馬 周淳	公立阿伎留医療センター	麻酔科部長	33年	○	外科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター —臨床研修プログラム	4
内科	國吉 孝	公立阿伎留医療センター	総合内科部長	32年	○	総合内科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター —臨床研修プログラム	4
内科	松永 洋一	公立阿伎留医療センター	循環器内科部長	31年	○	循環器専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター —臨床研修プログラム	4
麻酔科	福井 規之	公立阿伎留医療センター	麻酔科長	30年	×	麻酔科専門医	公立阿伎留医療センター —臨床研修プログラム	
救急部門	雅楽川 聰	公立阿伎留医療センター	救急科部長	30年	○	救急科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター —臨床研修プログラム	4
内科	後藤 慎一	公立阿伎留医療センター	呼吸器内科部長	29年	○	呼吸器専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター —臨床研修プログラム	4
脳神経外科	伊藤 宣行	公立阿伎留医療センター	脳神経外科部長	29年	×	脳神経外科専門医	公立阿伎留医療センター —臨床研修プログラム	

※ 「担当分野」欄には、様式10別紙3の臨床研修を行う分野及び病理（CPC）を記入すること。

※ 「所属」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が所属する病院又は施設の名称を記入すること。

※ 「資格等」欄には、受講した指導医講習会名称や、取得した専門医資格等について記入すること。

※ 「プログラム番号」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が担当するすべてのプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

※ プログラム責任者、副プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にそれぞれに応じた番号を記入し、併せてプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

\* 研修実施責任者・・・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、当該施設における臨床研修の実施を管理する者

\* 臨床研修指導医（指導医）・・・研修医に対する指導を行う医師であり、7年（84月）以上の臨床経験及び指導医養成講習会等の受講経験を有する者

※ 地域医療重点プログラムにおいては、地域医療の指導医を必ず記載すること

※ 欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No. )」欄にページ数を記入すること。

## 3.1. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等

病院施設番号：031032

臨床研修病院の名称：公立阿伎留医療センター

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験 有：○ 無：×	資格等	プログラム番号	備考
麻酔科	安澤 則之	公立阿伎留医療センター	麻酔科長	28年	×	麻酔科専門医	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	
緩和治療科	小林 薫	公立阿伎留医療センター	緩和治療科長	33年	○	精神科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4
整形外科	小野 秀樹	公立阿伎留医療センター	整形外科部長	26年	○	整形外科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4
内科	片山 直之	公立阿伎留医療センター	循環期内科長	22年	×	循環器専門医	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	
救急部門	古川 誠	公立阿伎留医療センター	救急科長	21年	○	救急科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4
小児科	鈴木 潤一	公立阿伎留医療センター	小児科長	18年	○	小児科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4
外科	遠藤 和伸	公立阿伎留医療センター	外科部長	21年	○	外科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4

※ 「担当分野」欄には、様式10別紙3の臨床研修を行う分野及び病理（CPC）を記入すること。

※ 「所属」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が所属する病院又は施設の名称を記入すること。

※ 「資格等」欄には、受講した指導医講習会名称や、取得した専門医資格等について記入すること。

※ 「プログラム番号」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が担当するすべてのプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

※ プログラム責任者、副プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にそれぞれに応じた番号を記入し、併せてプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

\* 研修実施責任者・・・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、当該施設における臨床研修の実施を管理する者

\* 臨床研修指導医（指導医）・・・研修医に対する指導を行う医師であり、7年（84月）以上の臨床経験及び指導医養成講習会等の受講経験を有する者

※ 地域医療重点プログラムにおいては、地域医療の指導医を必ず記載すること

※ 欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No. )」欄にページ数を記入すること。

## 3.1. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等

病院施設番号：031032

臨床研修病院の名称：公立阿伎留医療センター

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験 有：○ 無：×	資格等	プログラム番号	備考
リウマチ科	立花 秀介	公立阿伎留医療センター	リウマチ科医長	15年	×	リウマチ専門医	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	
眼科	小倉 寛嗣	公立阿伎留医療センター	眼科長	19年	×	眼科専門医	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	
麻酔科	余語 久則	公立阿伎留医療センター	麻酔科長	18年	×	麻酔科専門医	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	
整形外科	後藤 英聖	公立阿伎留医療センター	整形外科長	17年	×		公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	
皮膚科	新田 桐子	公立阿伎留医療センター	皮膚科医長	16年	○	皮膚科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4
脳神経外科	平岩 直也	公立阿伎留医療センター	脳神経外科医長	14年	×	脳神経外科専門医	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	
内科	岡部 龍太	公立阿伎留医療センター	循環器内科医長	14年	×	総合内科専門医	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	

※ 「担当分野」欄には、様式10別紙3の臨床研修を行う分野及び病理（CPC）を記入すること。

※ 「所属」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が所属する病院又は施設の名称を記入すること。

※ 「資格等」欄には、受講した指導医講習会名称や、取得した専門医資格等について記入すること。

※ 「プログラム番号」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が担当するすべてのプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

※ プログラム責任者、副プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にそれぞれに応じた番号を記入し、併せてプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

\* 研修実施責任者・・・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、当該施設における臨床研修の実施を管理する者

\* 臨床研修指導医（指導医）・・・研修医に対する指導を行う医師であり、7年（84月）以上の臨床経験及び指導医養成講習会等の受講経験を有する者

※ 地域医療重点プログラムにおいては、地域医療の指導医を必ず記載すること

※ 欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No. )」欄にページ数を記入すること。

## 3.1. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等

病院施設番号：031032

臨床研修病院の名称：公立阿伎留医療センター

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験 有：○ 無：×	資格等	プログラム番号	備考
外科	仁科 有美子	公立阿伎留医療センター	外科医長	13年	×	外科専門医	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	
泌尿器科	村田 保貴	公立阿伎留医療センター	泌尿器科医長	13年	×	泌尿器科専門医	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	
病理	澤田 達男	公立阿伎留医療センター	病理医	40年	×		公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	
内科	武井 章矩	公立阿伎留医療センター	消化器内科医長	10年	○	消化器病専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4
緩和治療科	鎌迫 陽	公立阿伎留医療センター	緩和治療科長	44年	×		公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	
放射線科	謝 育宏	公立阿伎留医療センター	放射線科長	36年	○	放射線科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4
産婦人科	高田 真一	公立阿伎留医療センター	産婦人科部長	36年	○	産婦人科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター臨床研修プログラム	4

※ 「担当分野」欄には、様式10別紙3の臨床研修を行う分野及び病理（CPC）を記入すること。

※ 「所属」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が所属する病院又は施設の名称を記入すること。

※ 「資格等」欄には、受講した指導医講習会名称や、取得した専門医資格等について記入すること。

※ 「プログラム番号」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が担当するすべてのプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

※ プログラム責任者、副プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にそれぞれに応じた番号を記入し、併せてプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

\* 研修実施責任者・・・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、当該施設における臨床研修の実施を管理する者

\* 臨床研修指導医（指導医）・・・研修医に対する指導を行う医師であり、7年（84月）以上の臨床経験及び指導医養成講習会等の受講経験を有する者

※ 地域医療重点プログラムにおいては、地域医療の指導医を必ず記載すること

※ 欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No. )」欄にページ数を記入すること。

## 3.1. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等

病院施設番号：031032

臨床研修病院の名称：公立阿伎留医療センター

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験 有：○ 無：×	資格等	プログラム番号	備考
産婦人科	楣田 賢司	公立阿伎留医療センター	産婦人科長	23年	○	産婦人科専門医 指導医講習会受講済	公立阿伎留医療センター —臨床研修プログラム	4
産婦人科	吉村 理	公立阿伎留医療センター	産婦人科長	38年	×		公立阿伎留医療センター —臨床研修プログラム	
産婦人科	飯野 好明	公立阿伎留医療センター	産婦人科長	33年	×	産婦人科専門医	公立阿伎留医療センター —臨床研修プログラム	
内科	佐々木 真一	公立阿伎留医療センター	総合内科医長	15年	×	総合内科専門医	公立阿伎留医療センター —臨床研修プログラム	
内科	竹迫 弥生	公立阿伎留医療センター	総合内科医	25年	×	総合内科専門医	公立阿伎留医療センター —臨床研修プログラム	

※ 「担当分野」欄には、様式10別紙3の臨床研修を行う分野及び病理（C P C）を記入すること。

※ 「所属」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が所属する病院又は施設の名称を記入すること。

※ 「資格等」欄には、受講した指導医講習会名称や、取得した専門医資格等について記入すること。

※ 「プログラム番号」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が担当するすべてのプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

※ プログラム責任者、副プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にそれぞれに応じた番号を記入し、併せてプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

\* 研修実施責任者・・・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、当該施設における臨床研修の実施を管理する者

\* 臨床研修指導医（指導医）・・・研修医に対する指導を行う医師であり、7年（84月）以上の臨床経験及び指導医養成講習会等の受講経験を有する者

※ 地域医療重点プログラムにおいては、地域医療の指導医を必ず記載すること

※ 欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No. )」欄にページ数を記入すること。