

受付番号	受付日	20 年 月 日	決定日	20 年 月 日	決定
------	-----	----------	-----	----------	----

4. 研修期間

X 年間

5. 研修者定員

1年あたり X 名 (×研修期間年数 X =総定員 XX 名)

2010年実績 新規研修者 X 名

2011年実績 新規研修者 X 名

2012年実績 新規研修者 X 名 総数 X 名

(内訳 1年次 X名、2年次 X名、3年次 X名、その他 X名)

実績がない場合は「0」を記入してください。研修可能な体制が存在すれば、申請できます。

6. プログラムにおける指導医
主たる施設以外の指導医については氏名の下に施設名を記載してください

氏名	卒業年	専門分野・資格	専門分野・資格
〇〇〇〇〇	XX年	〇〇〇〇専門医・指導医	〇〇〇〇
		〇〇〇〇	
〇〇〇〇〇	XX年	〇〇〇〇	〇〇〇〇
		〇〇〇〇	
〇〇〇〇〇	XX年	〇〇〇〇専門医・指導医	〇〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇医療センター	XX年	〇〇〇〇指導医	〇〇〇〇認定医
		〇〇〇〇	
〇〇〇〇〇 〇〇〇〇診療所	XX年	〇〇〇〇専門医	〇〇〇〇
		〇〇〇〇	

7. 施設・診療科診療実績概要
主たる施設の実績を記入してください

病床数 XXX 床 (内総合診療部門定床 XX 床)
 総合診療部門外来患者実績 初診 約 XXX 人/月 再診 約 XXX 人/月
 総合診療部門入院患者実績 平均 約 XXX 人/月

受付番号	受付日	20 年 月 日	決定日	20 年 月 日	決定
------	-----	----------	-----	----------	----

8. 研修関連施設 主たる施設以外の研修先を記載してください		
施設名		研修内容
〇〇〇〇〇医療センター 〇〇科、〇〇科	<input type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 病院	〇〇患者と〇〇患者を中心とした〇〇〇と、〇〇〇〇の診療。
〇〇〇〇診療所 〇〇科	<input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院	〇〇〇と〇〇〇〇〇の研修。〇〇〇と〇〇〇〇〇の診療。
	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院	
9. プログラム基準		
病院総合医研修について次の要件を満たす場合は <input type="checkbox"/> を塗 ■研修は、家庭医療専門医や総合内科専門医等 研修 領域の臨床 研修を修了した後に開始する。 ■研修期間は1年間以上とする。 ■総合診療部門および関連の病棟診療で1年以上の研修が出来る ■総合診療部門および関連の外来診療（新患外来を含み非選択的に診ることが望ましい） 半日を週1回以上、合計12か月以上 の研修が出来る ■1次および2次救急患者を診療する外来あるいは当直を10回以上 の研修が出来る ■その他選択科目（臨床研究を含む）の研修が出来る		
申請するにはこれらの要件をすべて満たす必要があります		
10. 施設基準		
病院総合医研修について次の要件を満たす場合は <input type="checkbox"/> を塗 つ ふす（ <input checked="" type="checkbox"/> ） ■一般病床を有する（病院の規模は問わない） ■4-b. 救急医療を提供している ■4-c. 総合診療部門（総合内科，一般内科，総合診療科など）を有する ■4-d. 委員会や診療科横断的組織が定期的に開催され活動している		
申請するにはこれらの要件をすべて満たす必要があります		

