

(事務局記載欄) 指導施設受付 No. 年会費納入状況 完納/未納有 (年)

2019 年度 日本消化管学会胃腸科専門医制度 胃腸科指導施設申請書表紙

指導施設代表者会員番号： _____

指導施設代表者氏名： _____

提出前に 1～5 の書類が揃っているかを□にチェックを入れて確認してください。
1～5 は所定の用紙（様式 1～5）を利用し、6 は本様式の□に☑をご記入ください。
1～5 は左上をホチキスで止めてください。

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 1. | 日本消化管学会胃腸科専門医制度胃腸科指導施設申請書表紙 | 様式 1 |
| <input type="checkbox"/> 2. | 日本消化管学会胃腸科指導施設申請書 | 様式 2 |
| <input type="checkbox"/> 3. | 施設内容 | 様式 3 |
| <input type="checkbox"/> 4. | 指導医、専門医在籍表 | 様式 4 |
| <input type="checkbox"/> 5. | 専門医研修計画書 | 様式 5 |
| <input type="checkbox"/> 6. | 指導施設代表者の該当年度までの年会費完納（数字の前の□に☑） | |

日本消化管学会胃腸科指導施設申請書

西暦 年 月 日

一般社団法人日本消化管学会

専門医審議委員会 御中

当病院を日本消化管学会胃腸科専門医制度による指導施設に申請致します。

病院長署名 _____ (公印)

1. 勤務施設（本学会指導施設）情報

ふ り が な	
指導施設名称 ^{注1)}	
指導施設住所	〒
T E L	
F A X	
E-mail アドレス (ない場合は記入不要)	
U R L	http://

注1) 指導施設認定証に記載する名称のため、正式なものをご記入ください。

2. 本申請についての問い合わせ先（指導施設代表者以外の担当者がある場合のみ記入）

所属部署： _____

担当者氏名： _____

担当者 E-mail： _____

電話番号： _____

施設内容

西暦 年 月 日

病院の全病床数： _____ 床

- *消化管に関わる診療科名は全て記入すること（消化管以外の診療科は記載しないで下さい）。
- *認定条件（病床数）は、消化管関連病床として常時 30 床以上必要。
- *指導医数は、今回同時申請を行う者を含めたものとする。
- *専門医数は、指導医数を除いた本学会胃腸科専門医数とする（指導医と専門医を同時取得している場合は指導医数に数え、専門医数には数えない）。
- *暫定指導医・暫定専門医の数は記入不要のため数に入れない。
- *本学会でいう常勤とは週 4 日以上勤務していることを指す。

1. 診療科および病床数、在勤指導医・専門医情報

診療科名	病床数	消化管関連の 病床数	常勤医師数	本学会専門 医制度によ る指導医数 (常勤)	本学会の 専門医数 (常勤)
例：消化器内科	40	30	6	1	1
例：外科（消化器外科）	35	30	5	1	1

2. 施設情報（申請日時点）

（各項目いずれかに☑を入れて下さい）

1) 中央検査室	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
2) 中央図書室	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
3) 病歴保管施設	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
4) 剖検室	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
5) 消化管に関する定期的教育行事	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無

施設（病院）名： _____

指導医、専門医在籍表

1. 指導施設代表者氏名および指導医氏名（暫定指導医資格のみの者の記入は不要）

指 導 医 氏 名 *新規指導医申請者には☑	指 導 医 認 定 証 番 号 *新規申請者は空欄
1) 指導施設代表者 <input type="checkbox"/>	
2) <input type="checkbox"/>	
3) <input type="checkbox"/>	
4) <input type="checkbox"/>	
5) <input type="checkbox"/>	
6) <input type="checkbox"/>	

2. 専門医制度による専門医氏名（上記指導医は除く正規専門医資格取得者を記入すること）

専 門 医 氏 名	専 門 医 認 定 証 番 号	専 門 医 氏 名	専 門 医 認 定 証 番 号
1)		6)	
2)		7)	
3)		8)	
4)		9)	
5)		10)	

*暫定処置による専門医の数は在籍数にカウントしないため、正規の専門医（20で始まる10ケタの認定証番号取得者）の氏名を記入ください。

施設（病院）名： _____

専門医研修計画書

西暦 年 月 日

*上記計画書には下記を網羅すること

1. 研修目標、2. 指導体制、3. カリキュラム実施スケジュール、4. 週間予定表

本学会専門医制度による

指導施設代表者署名 _____ (印)