指導連携施設専門医研修計画書

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）

　　　　　　　　　　　　　　　　　＊病院長(施設長)ではなく、様式1に記載した「指導施設代表者」の方がご署名ご捺印ください。