

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。