

| |
|--------------|
| (事務局記載) |
| 受付 No. _____ |
| 2024 年 月 日 |

日本消化管学会
胃腸科指導施設更新申請書

2024 年度

2024 年 月 日

一般社団法人日本消化管学会 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の更新に申請致します。

病院長 _____ (公印)

1. 勤務施設（本学会指導施設）情報

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 指導施設認定証番号(10桁) | 2 | 0 | 1 | | | | | | |
| ふ り が な | | | | | | | | | |
| 指 導 施 設 名 称 | 注) 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 | | | | | | | | |
| 指 導 施 設 住 所 | 〒 | | | | | | | | |
| 指導施設代表者氏名(カナ) | | | | | | | | | |
| 指 導 施 設 代 表 者 氏 名 ※自署 | 自筆署名が必要です(入力不可) | | | | | | | | |
| 指 導 施 設 代 表 者 会 員 番 号 (6 ケ タ) | | | | | | | | | |
| T E L | | | | | | | | | |
| F A X | | | | | | | | | |
| U R L | http:// | | | | | | | | |

施設内容

西暦 年 月 日

施設（病院）名 _____

病院の全病床数： _____ 床

注)*1 消化器系に関わる診療科名は全て記入すること（消化器系以外の診療科は記載しないで下さい）。

注)*2 認定条件（病床数）は、消化器系病床として常時 30 床以上必要。

注)*3 指導医数は、今回同時申請を行う者を含めたものとする。

注)*4 専門医数は、指導医数を除いた常勤の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

| 消化器系診療科名 注)*1 | 病 床 数 注)*2 | 常 勤 医 師 数 | 本学会専門医制度 による指導医数 注)*3 (常勤) | 本 学 会 の 専 門 医 数 注)*4 (常勤) |
|------------------|---------------|-----------|----------------------------------|---------------------------------|
| 例：消化器内科 | 40 | 6 | 1 | 1 |
| 例：外科（消化器外科） | 35 | 5 | 1 | 1 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 合 計 | | | | |

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 |

指導医、専門医在籍表

施設（病院）名： _____

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 0 |
| 2) <input type="checkbox"/> | 2 0 |
| 3) <input type="checkbox"/> | 2 0 |
| 4) <input type="checkbox"/> | 2 0 |
| 5) <input type="checkbox"/> | 2 0 |
| 6) <input type="checkbox"/> | 2 0 |

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）

*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。

| 専 門 医 氏 名 | 専 門 医 認 定 証 番 号 | 備 考 (事務局記入欄) |
|-----------|-----------------|-----------------|
| 1) | 2 0 | |
| 2) | 2 0 | |
| 3) | 2 0 | |
| 4) | 2 0 | |
| 5) | 2 0 | |
| 6) | 2 0 | |
| 7) | 2 0 | |
| 8) | 2 0 | |
| 9) | 2 0 | |
| 10) | 2 0 | |

専門医研修計画書

西暦 年 月 日

注意) 上記計画書には下記を網羅すること (書式自由)

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