

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

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（上記指導医を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）の氏名を記入してください。

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