

【 I . 専門研修プログラム・カリキュラムの構成】

1) 専門研修基幹施設

西暦 年 月 日現在

専門研修プログラム・カリキュラムの名称:	名称: 文字制限16文字				
プログラム・カリキュラム期間【研修年限】	西暦	年	月	日開始	研修年限()年間以上
2022年度募集期間	通年 OR 一定期間(2022年〇月〇日～2022年〇月〇日)				
募集専攻医数(2022年度の募集数) 原則:指導医1名当り専攻医3名となりますが、サブスペ領域のプログラム・カリキュラム全体として人数を超過しないように設定してください。	来年度募集数(2022年度)				
原則:指導医1名当りサブスペ専攻医3名	定員数(全体)				
今年度のサブスペ領域専攻医在籍数	今年度の在籍数(2021年度)				
専門研修プログラムに関する問合せ先	フリガナ	氏名(姓)	(名)	役職	電話
					内線
				直通電話	
				e-mail	
				(携帯電話のメールアドレスは不可とします)	
1.専門研修基幹施設の正式名称	フリガナ				
2.所在地および認定書に関する連絡先(専門研修プログラム・カリキュラム統括責任者) ※1	〒	-	(都・道・府・県)	
	市区町村	町名・丁目・番地・号			
	建物名等				
	フリガナ	氏名(姓)	(名)	役職	電話
					内線
				直通電話	
				e-mail	
				(携帯電話のメールアドレスは不可とします)	
	統括責任者医籍登録番号				
	二次医療圏 :				
3.施設の管理者の氏名	フリガナ	氏名(姓)	(名)		
4.専門研修プログラム管理委員会の構成員の氏名等	* 別紙1に記入				
5.倫理委員会の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無				
6.病院のホームページアドレス	URL:http://				
7.専門研修連携施設の名称 ※サブスペ研修において	* 別紙2に記入(連携施設があればご記入ください。)				
研修修了に必要な症例数	合計		件		
当該施設において必須経験疾患の年間症例数	基幹施設・連携施設の年間症例数の合計		件		
	内訳)基幹施設のみ		件		
	内訳)連携施設全体		件		
	※サブスペ領域カリキュラムにおいて連携施設がない場合は記入不要 詳細内訳(記述式) ※各必須経験疾患(大項目)と年間症例数の内訳を記入してください。				

※1 申請した専門研修プログラム・カリキュラムが認定された場合、認定証の送付先になります。
 ※申請書右上の「version:XX」は申請書のバージョン情報です。システム取り込み時に使用します。

冊子情報(専攻医向け開示情報)

1	専門研修プログラム・カリキュラムの概要	
2	専門研修はどのようにおこなわれるのか	
3 専攻医の到達目標		
3-1	修得すべき知識・技能・態度など	
3-2	各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得	
3-3	学問的姿勢	
3-4	医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性	
4 施設群による研修プログラムと地域医療についての考え方		
4-1	年次毎の研修計画	
4-2	研修施設群と研修プログラム	
4-3	地域医療について	
5	専門研修の評価	

10	サブスペ専攻医の処遇				
	○雇用形態 常勤(任期の有無)・非常勤	常勤		任期の有無	
		非常勤			
	○給与 月額または年額	月額			いずれか
		年額			
	○諸手当 当直、時間外、賞与	当直手当			
		時間外手当			
		賞与			
		その他			
	○健康保険(社会保険) 組合・共済・協会・国保	選択→			
	○医療賠償責任保険の適用 病院加入・個人加入	選択→			
	○勤務時間(できるだけ記載してください)				
	○週休				
	○休暇 年次有給・夏季休暇 例;有給20日 夏季休暇3日				
	○時間外勤務(時間外手当を給付するもの) 有・無	選択→			
	○当直回数				
	○勤務上限時間の設定 有・無 有の場合 月○時間	選択→		有の場合 月○時間	
9	応募資格				
10	募集人数				
11	応募方法、選考方法等(関連するURL等)				
12	募集期間	通年 ・ 一定期間(○年○月～○年○月)			
13	問合せ先				
詳しい専門研修概要(冊子)URL					

