

【記入例】

臨床研修修了証

※ 研修開始から修了まで1年以上の期間があることを確認してください。

ふりがな	〇〇〇〇		
研修歯科医の氏名	〇〇〇〇		
生年月日	(昭和) 56年 4月 23日		
歯科医籍登録番号	987654号		
歯科医籍登録年月日	平成 19年 4月 16日		
※ 研修中断により研修歯科医が複数のプログラムを履修した場合には、修了認定を行ったプログラム及び臨床研修施設を記入してください。		研修プログラムの名称	
		〇〇病院歯科医師臨床研修プログラム	
研修開始年月日	平成 19年 4月 1日	開始	
研修修了年月日	平成 20年 3月 31日	修了	
※ 研修中断により研修歯科医が複数のプログラムを履修した場合には、修了認定を行ったプログラムの開始及び修了年月日を記入してください。		臨床研修施設	
		施設番号	臨床研修施設の名称
		90	医療法人〇〇会 〇〇病院
臨床研修を行った臨床研修施設の施設番号及び名称		協力型臨床研修施設	
		研修施設番号	臨床研修施設の名称
		02	医療法人〇〇会 〇〇歯科・小児歯科クリニック
※ 該当する施設がない部分には、「斜線」を引いてください。 ※ 単独型の研修プログラムの場合には、3つの欄のすべてに「斜線」を引いてください。 ※ 研修中断により研修歯科医が複数のプログラムを履修した場合には、修了認定を行ったプログラムにおいて当該研修歯科医が臨床研修を行った臨床研修施設名を記入してください。		〇〇保健所, (059915) 〇〇福祉センター	

※ 研修中断により複数のプログラムを履修した場合には、修了認定を行った以外のプログラム及び当該プログラムを履修した病院の名称について、別紙に記載すること。

研修協力施設のない場合には、「斜線」を引いてください。

上の者は、〇〇病院歯科医師臨床研修プログラムの課程を修了したことを認定する。

平成20年3月31日

〇〇病院 院長

〇〇〇〇

印

〇〇病院研修管理委員会委員長

〇〇〇〇

印

【修了証作成上の注意】

- ① 文字のサイズ、セル内の配置等については、適宜調整して作成してください。
- ② 協力型臨床研修施設の名称を記載する欄は、該当する施設のない部分は「斜線」を引いてください。

研修協力施設のない場合には、研修協力施設の名称を記入する欄に「斜線」を引いてください。

※ 例えば、単独型のプログラムで研修協力施設のない場合の記載は以下のようにしてください。

臨床研修を行った 臨床研修施設の 施設番号及び名称	単独型/管理型臨床研修施設										
	研修施設番号						臨床研修施設の名称				
	0	5	9	0	9	0	医療法人〇〇会 〇〇病院				
	協力型臨床研修施設										
	研修施設番号						臨床研修施設の名称				
							/				
							/				
研修協力施設で研修を行った場合にはその施設番号及び名称											
/											

【別紙作成上の注意】

参考資料2

①研修中断により複数のプログラムを履修した場合には、修了認定を行った以外のプログラム及び当該プログラムを履修した臨床研修施設の名称について別紙に記載することとされております。別紙については特に様式に定めはありませんが、下記のもの参照ください。

②研修中断となったプログラムが複数ある場合には、中断となったプログラムごとに別紙を作製してください。

中断した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称	プログラム番号						研修プログラムの名称			
研修開始年月日	平成		年	月	日	開始				
研修中断年月日	平成		年	月	日	中断				
臨床研修を行った臨床研修施設の施設番号及び名称	単独型/管理型臨床研修施設									
	研修施設番号						臨床研修施設の名称			
	協力型臨床研修施設									
	研修施設番号						臨床研修施設の名称			
研修協力施設で研修を行った場合にはその施設番号及び名称										

【別紙記入例】

参考資料2

中断した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称	プログラム番号	研修プログラムの名称
	059090102	〇〇病院歯科医師臨床研修プログラム
※ 中断となったプログラム及び臨床研修施設を記入してください。		19年4月1日 開始
研修中断年月日	平成19年8月15日	中断
単独型/管理型臨床研修施設		
※ 中断となったプログラムに係る開始及び中断の年月日を記入してください。		臨床研修施設の名称
		90 医療法人〇〇会 〇〇病院
協力型臨床研修施設		
臨床研修を行った	臨床研修施設の名称	
※ 該当する施設がない部分には、「斜線」を引いてください。 ※ 単独型の研修プログラムの場合には、3つの欄のすべてに「斜線」を引いてください。 ※ 研修中断により研修歯科医が複数のプログラムを履修した場合には、中断となったプログラムにおいて当該研修歯科医が臨床研修を行った臨床研修施設名を記入してください。		02 医療法人〇〇会 〇〇歯科・小児歯科クリニック
合にはその施設番号及び名称 (059915) 〇〇福祉センター		

研修協力施設のない場合には、「斜線」を引いてください。