

C-2水準の技能研修計画(様式)
C-2水準の医療機関申請書(様式)

技能研修計画の申請書

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

申請番号	
------	--

※申請者は記載不要

(ア)申請者に関する情報

フリガナ	
氏名	

性別	
生年月日	

申請者の連絡先

電話番号	
e-mail	

医籍番号	
医籍登録年度	

技能の修得・維持を予定している医療機関

都道府県		医療機関名	
所属診療科(自由記載)			

保有専門医資格(複数選択可)

基本19領域		
<input type="checkbox"/> 01. 内科専門医 <small>(認定内科医) (総合内科専門医)</small>	<input type="checkbox"/> 08. 眼科専門医	<input type="checkbox"/> 15. 臨床検査専門医
<input type="checkbox"/> 02. 小児科専門医	<input type="checkbox"/> 09. 耳鼻咽喉科専門医	<input type="checkbox"/> 16. 救急科専門医
<input type="checkbox"/> 03. 皮膚科専門医	<input type="checkbox"/> 10. 泌尿器科専門医	<input type="checkbox"/> 17. 形成外科領域専門医
<input type="checkbox"/> 04. 精神科専門医	<input type="checkbox"/> 11. 脳神経外科専門医	<input type="checkbox"/> 18. リハビリテーション科専門医
<input type="checkbox"/> 05. 外科専門医	<input type="checkbox"/> 12. 放射線科専門医	<input type="checkbox"/> 19. 総合診療専門医
<input type="checkbox"/> 06. 整形外科専門医	<input type="checkbox"/> 13. 麻酔科専門医	
<input type="checkbox"/> 07. 産婦人科専門医	<input type="checkbox"/> 14. 病理専門医	
その他専門医		
<input type="checkbox"/> 消化器病専門医	<input type="checkbox"/> アレルギー専門医	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医
<input type="checkbox"/> 循環器専門医	<input type="checkbox"/> 感染症専門医	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科専門医
<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医	<input type="checkbox"/> 老年病専門医	<input type="checkbox"/> 小児外科専門医
<input type="checkbox"/> 血液専門医	<input type="checkbox"/> 神経内科専門医	<input type="checkbox"/> 乳腺専門医
<input type="checkbox"/> 内分泌代謝科専門医	<input type="checkbox"/> リウマチ専門医	<input type="checkbox"/> 内分泌外科専門医
<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医	<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡専門医	<input type="checkbox"/> 放射線診断専門医
<input type="checkbox"/> 腎臓専門医	<input type="checkbox"/> がん薬物療法専門医	<input type="checkbox"/> 放射線治療専門医
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医	<input type="checkbox"/> 消化器外科専門医	
<input type="checkbox"/> その他①	()	
<input type="checkbox"/> その他②	()	
<input type="checkbox"/> その他③	()	

※その他の記入欄が足りない場合は、申請に関わる専門医資格を優先して記載してください。

いずれの専門医資格も保有していない場合、特記すべき事情があれば、下記に記載をしてください。

例: ライフイベントや留学、天災等により、専門医資格を更新できていないため。

(イ)技能研修計画 ※必ず申請医師本人が記載してください

(1)研修計画期間(一度に申請できるのは最長3年)

開始	
終了	

(2)技能の内容

領域(基本19領域)	
技能名 ※臓器または病態と医療行為を組み合わせ て技能名を作成(例参照)	例:肝臓に係る移植手術およびその周術期管理
C-2水準の対象技能となり得る 技能の考え方 (いずれかを選択)	<input type="radio"/> 医療技術の進歩により新たに登場した、保険未収載の治療・手術技術 <input type="radio"/> 良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技術
技能の修得にやむを得ず 長時間労働が必要となる根拠 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない <input type="checkbox"/> 同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない <input type="checkbox"/> その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ

(3)当該技能の修得に関する技能の研修予定症例数

申請するC-2水準の技能の修得のために必要とされる個別の技能/技術等 ※技能名と最も関連の強い個別技能を1段目(太枠)に記載してください。	技能修得のために主体的に診療に携わる 研修予定症例数(計画年度別)			所属医療機関 の年間見込み 症例数	
	1年目	2年目	3年目		
	件	件	件	件	件
	件	件	件	件	件
	件	件	件	件	件
	件	件	件	件	件

※欄が不足する場合は適宜、行を挿入してください。

(4)その他、技能修得のために必要な業務

--

(ウ)申請した技能分野の当該医療機関におけるC-2水準の指定について

- 指定済 指定申請中 同時申請

(エ)意思確認

- 当該技能研修計画は、自らの発意に基づき作成しており、作成した技能研修計画書の業務内容は申請技能の向上のために、やむを得ず960時間以上の時間外・休日労働を必要とする。

(医療機関担当者記入欄) 医療機関内の承認手続きを完了

C-2水準対象医療機関申請書(初回申請)

申請日	年 月 日	申請番号	
-----	-------	------	--

※申請者は記載不要

(ア) C-2水準対象の指定を受けようとする医療機関に関する情報

都道府県		医療機関名	
		上記リストにない場合	

(イ) 新たにC-2水準対象の指定を受けようとする分野(単一選択)

対象分野(基本19領域)	
--------------	--

(ウ) C-2水準対象医療機関の指定要件

対象分野における医師の育成が可能と考える具体的な理由を記載してください

(1)学会等の施設認定	
(2)指導体制	
(3)設備	
(4)その他の教育研修環境	<input type="checkbox"/> 学術活動に適した研究倫理審査委員会を整備している。 <input type="checkbox"/> 学術活動に適した医学図書館を整備している。 <input type="checkbox"/> PubMed等の医学情報に関する検索システムを自由に利用出来る環境を提供している。 その他、教育研究環境として整備していることや提供していることがあれば記載してください 例) ・論文の英文校正をサポートする環境(有償または無償)を提供している。 ・技術習得のためのシュミレーショントレーニングが出来る環境を提供している。 ・該当技術に関する臨床試験に参加している。

(エ) 以下の表に、本書類で申請する対象分野と同時に申請するC-2水準の技能名を記載してください

(技能研修計画と同時申請である場合のみ)

No	C-2水準の技能名
1	
2	
3	
4	
5	

※欄が不足する場合は適宜コピーしてください。

事務連絡等に係る担当者

担当部局	
電話番号	
e-mail	

フリガナ	
氏名	

(ウ)の記載内容を証明する資料を下記に添付してください。

(1)
指定を受けようとする分野に対する
学会等から発行された施設認定証等の資料

(2)
指導体制を証明する資料
(1)で記載した学会等の施設認定証で証明することが出来れば省略可

(3)
設備を証明する資料
(1)で記載した学会等の施設認定証で証明することが出来れば省略可

(4)
教育研修環境を証明する資料(年報や施設案内等)