

(様式2)

個別研修修了報告書

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

医師法施行規則第10条(歯科医師法施行規則第10条)に基づき、個別研修修了報告書を提出します。

※ 個別研修計画書の写しを添付すること。

氏名	印
生年月日	年 月 日
医籍(歯科医籍)登録番号	第 号
医籍(歯科医籍)登録年月日	年 月 日
助言指導者氏名	
業務停止開始日	年 月 日
業務停止終了日	年 月 日
個別研修開始日	年 月 日
個別研修修了日	年 月 日

助言指導者との面接日(記入欄を超える場合は、別紙を添付すること。)

助言指導者との面接日	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

個別研修の実施内容(記入欄を超える場合は、別紙を添付すること。)

①主たる受け入れ機関における研修

主たる受け入れ機関の名称	
研修実施時間(小計) <sup>1</sup>	時間
研修の内容  (記入例) 病棟回診・見学 手術見学 症例検討会 臨床病理検討会(CPC) その他	

②その他の研修

研修実施時間(小計) <sup>2</sup>	時間
研修の内容  (記入例) 〇〇病院における手術見学 〇〇トレーニングセンターにおける気管内挿管シミュレーターにてトレーニング 〇〇学会による〇〇講習会 〇〇団体による〇〇講習会 その他	

研修実施時間(合計) <sup>1+2</sup>	時間
---------------------------	----

※①主たる受け入れ機関における研修実施時間(小計)<sup>1</sup>と②その他の研修実施時間(小計)<sup>2</sup>の合計時間は、命令された時間(業務停止1年～2年未満の場合は80時間、業務停止2年以上の場合は120時間)以上であること。

助言指導者記入欄

個別研修に係る再教育研修命令を受けた上記の者が、この個別研修を修了したものと認めます。

助言指導者氏名	印
---------	---