

研 修 医 名 簿

別紙 1 の (3)
(No.)

病院施設番号 : _____ 臨床研修病院の名称 : _____

記入日 : 西暦 年 月 日

番号	氏名	生年月日	医籍番号	医籍登録年月日	研修開始年月日	基幹型病院		研修プログラム		備考
						名称	番号	名称	番号	

※ 当該病院の研修プログラムで研修を行っているすべての研修医（採用予定を含む。）について研修開始年月日順に記入すること（歯科医師は記入しない）。「研修開始年月日」欄には、当該研修医が最初に（中断がある場合は中断前に）研修を開始した年月日を記入すること。「基幹型病院」欄には、当該研修医が所属する基幹型病院の名称及び番号を記入すること。「研修プログラム」欄には、当該研修医が研修を行っている研修プログラムの名称及び番号を記入すること。「備考」欄には、当該研修医が過去に中断している場合に当該病院で研修を開始した年月日を記入すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。