

(別添6)

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)