

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

手続き年月日

施設番号(既取得施設のみ記入)	000000
施設名	
開設者氏名(法人の名称)	

※(1. 有 2. 無)のように選択形式の項目は、該当する番号を記入すること。複数選択可。

手続きの種別 (複数選択可)	1. 指 定(群構成の変更) 2. 施設の変更 3. プログラムの新設又は変更 4. 年次報告	
	2(施設変更の届出)又は3(プログラムの変更の届出)を選択する場合は、変更する項目番号を記載すること。	
手続きを行う施設の型	1. 協力型臨床研修施設 2. 連携型臨床研修施設 3. 研修協力施設	

参加プログラム ※研修歯科医を受け入れていない場合も記入すること。 ※本プログラムを含め、今年度同時に申請している施設も名称は記入すること。	参加プログラム(予定)の管理型臨床研修施設の名称	受け入れた研修歯科医数 (※前年度実績)
		人
		人
	合計	人

書類の作成責任者の氏名及び連絡先 ※実際に運用に携わっている歯科医師臨床研修担当者の連絡先を記入すること。	(フリガナ)	
	氏名	
	役職	
	連絡先電話番号	
	E-mail	

※研修協力施設は1～18を記入すること。(医療機関でない研修協力施設は1～6のみ記入すること。)

1 施設の名称	(フリガナ) 名称	
2 施設の所在地	〒 都道府県 所在地 電話 FAX	
3 施設の開設者の氏名(法人の名称)	(フリガナ) 氏名	
4 施設の開設者の住所(法人の主たる事務所の所在地)	〒 都道府県 所在地 電話 FAX	
5 施設の開設年月		
6 施設の管理者の氏名	(フリガナ) 氏名	
7 研修実施責任者	(フリガナ) 氏名	
8 施設のホームページ	http://	
9 歯科医師(研修歯科医含まず。)の員数	常に勤務する歯科医師	名
	うち指導歯科医数	名
10 歯科衛生士の員数	常勤換算	名
11 看護師の員数	常勤換算	名
12 診療科名 ※当該施設の医療上の標榜診療科について該当する番号を全て記入し、それ以外の医科の診療科を有する場合には、その他欄に記入すること。	標榜診療科 1. 歯科 2. 歯科口腔外科 3. 小児歯科 4. 矯正歯科 その他(医科)	
13 医療法上の許可病床数	歯科	床
	歯科以外	床

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	000000
施設の名称:	

14 歯科設備状況 ※「経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)」と「血圧計」は、「生体モニター」に組み込まれている場合も、それぞれの数に含めること。	歯科用診療台			台		
	デンタルエックス線装置			台		
	パノラマ断層撮影装置			台		
	オートクレーブ			台		
	口腔内画像処理システム			台		
	生体モニター			台		
	自動体外式除細動器(AED)			台		
	経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)			台		
	酸素ボンベ及び酸素マスク			セット		
	血圧計			台		
	救急蘇生セット			セット		
	歯科用吸引装置(口腔外)			台		
	15 病歴管理体制	病歴管理の責任者の氏名及び役職	(フリガナ)			
氏名						
役職						
診療録の保存期間		()	年間保存			
診療録の保存方法 右の欄から選んで番号を記入すること。		1. 文書 2. 電子媒体 9. その他 その他の場合(具体的に)				
16 医療安全管理体制	安全管理者 複数名いる場合には代表者を記入すること。	(フリガナ)				
		氏名				
		役職				
	安全管理部門の設置状況	設置の有無 右の欄から選んで番号を記入してください。	1. 有 0. 無			
		専任職員	()	名		
		兼任職員	()	名		
		主な活動内容				
	患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況	患者相談窓口の設置状況	1. 設置済 2. 意見箱の設置 9. その他			
		その他の場合(具体的に)				
		対応時間 24時間表記	～			
		患者相談窓口等に係る規約の有無	1. 有 0. 無			
	医療に係る安全管理のための指針	主な内容				
	医療に係る安全管理委員会の開催状況	年()回				
		活動の主な内容				
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年()回				
活動の主な内容						
医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	医療機関内における事故報告等の状況					
	その他の改善のための方策の主な内容					

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	000000
施設の名称:	

17 研修関連記録の保存	保存期間		()年間保存
	保存方法	1. 文書 2. 電子媒体 9. その他	
		その他の場合(具体的に)	

18 外来患者症例数(※前年度実績)

区 分	総 数	外来診療	訪問診療
年間外来患者数			
年間外来診療日数			
1日平均外来患者数			

※ 総数は「外来診療」と「訪問診療」の和とすること。
 申請年度の前年度中に来院した外来患者数(延べ患者数)をもととすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者数÷年間外来診療日数による数(少数第二位を四捨五入)とすること。

入院患者数(※前年度実績)

	歯科・歯科口腔外科・小児歯科・矯正歯科
年間入院患者実数	

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。
 入院設備がない場合は「なし」と記入すること。

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	000000
施設の名称:	

19 歯科医師名簿

番号	(フリガナ)	臨床経験年数	受講した指導歯科医講習会名 (修了年月日、主催者)	取得している専門医・認定医 資格(日本歯科医学会専門分 科会に登録されているものに 限る)	勤務形態 1.常に勤務する 歯科医師 2.その他	研修に関する役割等 1.研修実施責任者 2.指導歯科医 3.その他
	氏 名					
(例)	コウセイ タロウ	18 年	〇〇指導歯科医講習会(平成〇年〇月〇日、主催:〇 〇大学附属病院)	〇〇学会 専門医	該当番号を記入 1	該当番号を記入
	厚生 太郎					1,2
1		年				
2		年				
3		年				
4		年				
5		年				
6		年				
7		年				
8		年				
9		年				
10		年				
11		年				
12		年				
13		年				
14		年				
15		年				
16		年				
17		年				
18		年				
19		年				
20		年				

※当該施設に勤務する全ての歯科医師について記入すること。「臨床経験年数」欄には、研修歯科医の期間も含めた臨床経験年数を年単位で記入すること(1年未満の端数は切り捨て)。「勤務形態」欄については、非常勤歯科医師も含め当該施設で定めた歯科医師の勤務時間の全てを勤務する歯科医師の場合1を、それ以外の場合には2を記入すること。欄が足りない場合には、欄を増やして対応すること。

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	000000
施設の名称:	

20 歯科衛生士名簿

番 号	(フリガナ)	勤務形態	週当たり勤務時間	
	氏 名	1.常勤 2.非常勤		
(例)	ロウドウ ハナコ	該当番号を記入 1	40	時間
	労働 花子			
1				時間
2				時間
3				時間
4				時間
5				時間
6				時間
7				時間
8				時間
9				時間
10				時間
11				時間
12				時間
13				時間
14				時間
15				時間
16				時間
17				時間
18				時間
19				時間
20				時間

※ 当該施設に勤務する全ての歯科衛生士について記入すること。「勤務形態」欄については、該当する番号を記入すること。「週当たり勤務時間」欄については、当該施設で定めた歯科衛生士の週当たりの勤務時間数を記入すること。欄が足りない場合には、欄を増やして対応すること。

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	000000
施設の名称:	

21 看護師名簿

番 号	(フリガナ)	診療科	勤務形態	週当たり勤務時間	
	氏 名		1.常勤 2.非常勤		
(例)	ロウドウ ハナコ 労働 花子	歯科口腔外科	該当番号を記入 1	40	時間
1					時間
2					時間
3					時間
4					時間
5					時間
6					時間
7					時間
8					時間
9					時間
10					時間
11					時間
12					時間
13					時間
14					時間
15					時間
16					時間
17					時間
18					時間
19					時間
20					時間

※ 当該施設の歯科診療部門に勤務する全ての看護師(准看護師含む)について記入すること。「診療科」欄には、各看護師の所属診療科を記入すること。「勤務形態」欄については、該当する番号を記入すること。「週当たり勤務時間」欄については、当該施設で定めた看護師の週当たりの勤務時間数を記入すること。欄が足りない場合には、欄を増やして対応すること。

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	000000
施設の名称:	

※以下からはプログラムごとに記載すること。

22 研修プログラム名		
研修プログラム番号(既取得プログラムのみ記入)		
23 研修プログラムの実施方法	1. 単独方式 2. 臨床研修施設群方式	
24 次年度の本プログラムの取り扱い	1. 新 設 2. 継 続(変更なし) 3. 継 続(変更あり) 4. 廃 止	

※1 管理型臨床研修施設と記載内容が同一の項目に限り、記入を省略しても差し支えないこと。

※2 次年度の本プログラムの取り扱いが、4.「廃止」の場合は、25「プログラム責任者の氏名等」のみ記載すること。

25 プログラム責任者の氏名等	プログラム責任者	(フリガナ)	
		氏名	
		所属	
		電話番号	
	副プログラム責任者人数		名
26 研修プログラムの特色			
27 臨床研修の目標	概要		
	症例数	外来診療	例
		訪問診療	例

※臨床研修施設群方式により複数の臨床研修施設で本プログラムを実施する場合、臨床研修施設ごとの症例数ではなく、本プログラム全体の症例数を記載すること。

28 募集定員	名		
29 研修期間	年		
30 研修開始時期			
31 研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	1. 公募 9. その他 その他の場合(具体的に)	
	応募必要書類 (複数選択可)	1. 履歴書 2. 卒業(見込み)証明書 3. 成績証明書 4. 健康診断書 9. その他 その他の場合(具体的に)	
	選考方法 (複数選択可)	1. 面接 2. 筆記試験 9. その他 その他の場合(具体的に)	
	募集及び選考の時期	募集時期	頃から
		選考時期	頃から
	マッチング利用の有無	1. 有 0. 無	
32 研修プログラムに関する問い合わせ先・資料請求先	〒		
	都道府県		
	所在地		
	担当部門		
	(フリガナ)		
	担当者氏名		
	役職		
	電話番号		
	FAX		
	E-mail		
ホームページ	http://		

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	000000
施設の名称:	

33 研修歯科医の処遇	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	基本手当(時給換算)	円(円/時間)
		賞与/年	円
	時間外手当	1. 有 0. 無	
	休日手当	1. 有 0. 無	
	勤務時間	基本的な勤務時間	～
		その他(具体的に)	
	研修歯科医の宿舎	1. 有 0. 無	
		有の場合	単身用 戸 世帯用 戸
		無の場合	住宅手当/月 円
	研修歯科医のための施設内の部屋	1. 有 0. 無 有の場合、室数を記入してください。	室
	社会保険・労働保険	公的医療保険	
		公的年金保険	
		労働者災害補償保険法の適用	1. 有 0. 無
		国家・地方公務員災害補償法の適用	1. 有 0. 無
		雇用保険	1. 有 0. 無
	健康管理	健康診断	年 回
		その他(具体的に)	
歯科医師賠償責任保険の扱い	病院において加入	1. する 0. しない	
	個人加入	1. 強制 0. 任意	
外部の研修活動	学会、研究会等への参加	1. 可 0. 否	
	学会、研究会等への参加費用支給	1. 有 0. 無	
協力型・連携型・研修協力施設における処遇の適用	1. 単独型・管理型臨床研修施設と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。		

34 到達目標	実施施設			
	単独型または管理型	協力型	連携型	研修協力施設
(記入例) 2-6 地域医療	√			√
1 基本習熟コース				
1-1 医療面接				
1-2 総合診療計画				
1-3 予防・治療基本技術				
1-4 応急処置				
1-5 高頻度治療				
1-6 医療管理・地域医療				
2 基本習得コース				
2-1 救急処置				
2-2 医療安全・感染予防				
2-3 経過評価管理				
2-4 予防・治療技術				
2-5 医療管理				
2-6 地域医療				
3 その他				
4 全身管理等に係る研修内容	研修施設			
	研修内容			
備考:				

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	000000
施設の名称:	

35 研修プログラムの実績	研修歯科医の指導体制		1. 患者の治療を1人の研修歯科医が担当 2. 患者の治療を複数の研修歯科医が症例ごとに担当			
	研修歯科医1人あたりの平均症例数(※前年度実績)	外来診療		例		
		訪問診療		例		
	目標症例数を達成した研修歯科医の割合(※前年度実績)					%
36 協力型(相当大学病院)・連携型臨床研修施設と研修スケジュール ※1 臨床研修施設群方式のみ記入すること。 ※2 既に登録されている施設、次年度から削除する施設、新たに追加する施設の全てについて名称を記入すること。 ※3 グループ化を行う場合は各グループに整理番号(例:グループ1、グループAなど)を与え、グループの連携がわかりやすいよう記載すること。 ※4 グループ化研修を行っている研修施設は、研修期間を日数で記入すること。	施設の型	施設の名称	研修施設番号(既取得施設のみ記入)	削除または追加施設のみ、その旨を記入すること。	研修期間(ヶ月): 研修の順序によらず各施設での研修月数を記入すること。	グループ化を行う場合はグループの番号
	管理型					
	37 研修協力施設の名称 ※既に登録されている施設、次年度から削除する施設、新たに追加する施設の全てについて名称を記入すること。	施設の種類の 1. 医療機関 2. その他機関	施設の名称	研修施設番号(既取得施設のみ記入)	備考 (削除または追加施設のみその旨記入)	

38 臨床研修施設の加除数及びグループ構成	協力型臨床研修施設	追加施設数					か所
		削除施設数					か所
	グループ構成 (※1グループ最大5まで)	グループ	協力型施設数	か所	連携型施設数	か所	
		グループ	協力型施設数	か所	連携型施設数	か所	
		グループ	協力型施設数	か所	連携型施設数	か所	

手続き年月日

厚生労働大臣 殿

施設番号

施設名

開設者

臨床研修施設指定取消申請書

歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯科医師臨床研修に関する省令(平成17年厚生労働省令第103号)第15条の規定に基づき、以下のとおり臨床研修施設の指定の取消を申請いたします。

施設名:	
指定の取消しを受けようとする理由:(いずれかに○をつけ、「その他」は理由を記載)	
☐	臨床研修施設として指定基準を満たせなくなったため(指導歯科医の退職等)
☐	3年以上研修歯科医の受入れ実績がないため
☐	他の参加プログラムからの受入れを優先させるため
☐	その他
(その他の理由)	
指定の取消しを受けようとする期日	
同時に新規指定申請を行う場合は、新たに指定を受けようとする期日	
指定の取消しの種別:(いずれかに○をつける)	
☐	群からの削除のみ(他に参加プログラムがある場合)
☐	臨床研修施設の指定取消し(すべての参加プログラムから外れる場合)
※現在、並行申請している協力型施設において本手続きを行う場合にあっては、並行申請している全ての管理型施設の名称を下記表に記載し、今後、群に加わろうとする施設の右欄に○を記入すること	
参加プログラムの管理型臨床研修施設の名称	
現に臨床研修を受けている研修歯科医がいるとき:	
☐	研修歯科医数
☐	上記の研修歯科医に対する措置
臨床研修を受ける予定の者がいるとき:	
☐	予定数
☐	上記の者に対する措置

(注)1 必要がある場合には、続紙(様式自由)に記載して添付すること。

2 「施設名」欄については、単独型臨床研修施設又は管理型臨床研修施設は、臨床研修施設とともに臨床研修を行っている研修協力施設の名称も併せて記入すること。臨床研修施設群により臨床研修を行っている場合には、臨床研修施設群を構成する臨床研修施設の名称を併せて記入すること。

3 「上記の研修歯科医に対する措置」欄については、引継ぎを行う臨床研修施設や研修歯科医の処遇等について可能な限り具体的に記載すること。

4 新たな指定申請を伴う取消申請の場合は、取消申請と新たな指定申請を併せて提出することが望ましいこと。

臨床研修中断証

ふりがな				生年月日		昭和・平成		年		月		日			
研修歯科医の氏名															
歯科医籍登録番号	第			号	歯科医籍登録年月日	平成		年		月		日			
中断した臨床研修に係る研修プログラム番号及び名称		プログラム番号		研修プログラムの名称											
臨床研修を行った研修施設の名称		臨床研修施設													
		研修協力施設													
研修開始年月日	平成		年		月		日	研修中断年月日	平成		年		月		日
								(休止期間)	(日)						
※臨床研修を中断した理由:															
※臨床研修を中断した時までの臨床研修の内容:															
※中断した時までの研修内容における当該研修歯科医の評価:															

※については、適宜、研修内容やその評価が分かるような資料（指導歯科医による研修歯科医の評価表など）を添付すること。

上の者は、研修プログラムのうち中断時までの内容について履修したことを証明する。

平成 年 月 日

〇〇 病院 院長 〇〇 〇〇

〇〇病院研修管理委員会委員長 〇〇 〇

臨床研修中断報告書

ふりがな			性別	生年月日	昭和 平成	年	月	日
研修歯科医 の氏名			男・女					
歯科医籍 登録番号	第		号	歯科医籍 登録年月日	平成	年	月	日
卒業大学名				卒業年月日	平成	年	月	日
※中断を認めた理由：								
※中断を認めた理由について通知本文の以下の規定のうち該当する〔〕内の番号を○で囲むこと								
通知本文第2の18 (1) イ								
(7) 〔 ① ・ ② ・ ③ 〕								
(4) 〔 ① ・ ② ・ ③ 〕								
※中断までの経緯：								
※中断後の進路（見込のときは、「見込」と記入すること）：								
※特記事項（今回中止したプログラム以前に中止した研修プログラムのある場合は、その名称と番号を記入）：								

上の者は、当院における臨床研修を中断したことを報告する。

平成 年 月 日

〇〇病院 院長

〇〇病院研修管理委員会委員長

臨床研修の再開（の受入れ）に係る履修計画表

ふりがな				昭和											
研修歯科医の氏名				平成											
歯科医籍登録番号	第		号	平成											
中断した臨床研修を行った施設の名称															
中断した臨床研修に係る研修プログラム番号及び名称	プログラム番号		研修プログラムの名称												
臨床研修の再開後に履修する研修プログラム番号および名称	プログラム番号		研修プログラムの名称												
研修再開年 月 日	平成		年		月		日	研修修了予定年 月 日	平成		年		月		日
研修再開受け入れ時までの休止期間 (中断した病院における休止期間を含む)										日					
臨床研修を行う分野	研修項目ごとの施設（研修分野ごとの研修期間） ※再開後、修了までに必要となる研修分野の履修計画を記入してください。														
	研修施設番号		施設の名称						研 修 期 間						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						

※より詳細な履修内容が分かるような資料があれば添付すること。

上の者は、当院において上記履修計画により臨床研修を再開することを報告する。
また、上記再開によっても必要な症例は確保されるものである。

平成 年 月 日

〇〇病院 院長

〇〇病院研修管理委員会委員長

臨床研修修了証

ふ り が な										
研 修 歯 科 医 の 氏 名										
生 年 月 日		昭和 平成		年		月		日		
歯 科 医 籍 登 録 番 号		第							号	
歯 科 医 籍 登 録 年 月 日		平成		年		月		日		
修了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 修 了 年 月 日		平成		年		月		日	修了	
臨床研修を行った施設番号及び名称	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/連携型臨床研修施設									
	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										

※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施設の名称について、別紙に記載すること。

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 年 月 日

〇〇病院 院長

〇〇病院研修管理委員会委員長

臨床研修修了証

ふりがな	○○○○ ○○○○	
研修歯科医の氏名	○ ○ ○ ○	
生 年 月 日	昭和 56 年 4 月 23 日 平成	
歯科医籍登録	987654 号	
歯科医籍登録年	※ 歯科医籍に登録された日 付けを記入してください。 (歯科医師国家試験合格日) 8 年 4 月 16 日	
修了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 0 5 9 0 9 0 1 0 1	研修プログラムの名称 ○○病院歯科医師臨床研修プログラム
研修開始年月日	平成 18 年 4 月 1 日 開始	
研修修了年月日	※ 研修中断により複数のプログラムを履修した場合には、修了認定を行ったプログラム及び臨床研修施設を記入してください。 3 月 31 日 修了	
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 0 5 9 0 9 0	臨床研修施設の名称 医療法人○○会 ○○病院
	協力型/連携型臨床研修施設	
	研修施設番号 0 5 9 0 0 0 2	臨床研修施設の名称 医療法人○○会 ○○歯科・小児歯科クリニック
研修入所施設番号及び名称	※ 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。 ※ 欄が不足する場合は、任意に増やして記入してください。 研修入所施設番号及び名称 ○○保健所, (059915) ○○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ついては、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、○○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19年3月31日

○○病院 院長

○ ○ ○ ○

印

○○病院研修管理委員会委員長

○ ○ ○ ○

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してください。

臨床研修を行った 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						
							斜線						
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													

提出年月日

臨床研修修了者一覧表

施設番号		単 独 型 ・ 管 理 型 臨床研修施設の名称	
------	--	----------------------------	--

	研修プログラム 番 号	研修歯科医の氏名	生年月日	歯科医籍 登録番号	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

※複数の研修プログラムを有する臨床研修施設にあっては、研修プログラムごとに研修修了証を交付した研修歯科医の氏名等をまとめて記載すること。

※生年月日は和暦で記載すること。

※欄が足りない場合は、同様の表を追加すること。

臨床研修未修了理由書

ふりがな			生年月日	昭和 平成	年	月	日
研修歯科医の氏名							
歯科医籍 登録番号	第		号	歯科医籍 登録年月日	平成	年	月 日
未修了の臨床研修に係る 研修プログラム番号及び名称	プログラム番号		研修プログラムの名称				
臨床研修を行った 臨床研修施設 番号及び名称	単独型/管理型臨床研修施設						
	研修施設番号		研修施設の名称				
	協力型/連携型臨床研修施設						
	研修施設番号		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名称							
研修期間	平成	年	月	日	～	平成	年 月 日
※臨床研修を修了していないと認める理由:							

※については、適宜、研修内容やその評価が分かる資料（指導歯科医による研修歯科医の評価表など）など、研修を修了していないとする理由が分かる資料を添付すること。

上の者は、上記の理由により、研修プログラムを修了していないものと認められるので通知する。

平成 年 月 日

〇〇 病院 院長 〇〇 〇〇

〇〇病院研修管理委員会委員長 〇〇 〇

臨床研修の未修了者に係る履修計画表

ふりがな			生年月日	昭和・平成	年	月	日
研修歯科医の氏名							
歯科医籍登録番号	第		号	平成	年	月	日
未修了の臨床研修を継続する 研修プログラム番号及び名称	プログラム番号		研修プログラムの名称				
研修継続期間	月	(	日)	研修修了 予定年月日	平成	年	月 日
臨床研修を行う分野	研修項目ごとの施設（研修分野ごとの研修期間） ※再開後、修了までに必要となる研修分野の履修計画を記入してください。						
	研修施設番号	施設の名称				研修期間	
						年 月～ 年 月（月）	
						年 月～ 年 月（月）	
						年 月～ 年 月（月）	
						年 月～ 年 月（月）	
						年 月～ 年 月（月）	
						年 月～ 年 月（月）	
						年 月～ 年 月（月）	
						年 月～ 年 月（月）	
						年 月～ 年 月（月）	

※当該未修了者に係る臨床研修未修了理由書の写しを添付すること。

※より詳細な履修内容が分かるような資料を添付すること。

上の者は、当院において上記履修計画により臨床研修を継続することを報告する。
また、上記再開によっても必要な症例は確保されるものである。

平成 年 月 日

〇〇病院 院長

〇〇病院研修管理委員会委員長

