

## 臨床研修施設申請書（新規申請）（単独型臨床研修施設）

|    |                                 |                                                                                            |           |                                                                          |
|----|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------|
|    |                                 | 申請年月日                                                                                      |           |                                                                          |
|    |                                 | 施設番号（既取得施設のみ記入）                                                                            |           |                                                                          |
|    |                                 | 同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択）                                                         |           |                                                                          |
|    |                                 | 施設名称                                                                                       |           |                                                                          |
| 1  | 施設名称                            | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |           |                                                                          |
|    |                                 | (フリガナ)                                                                                     |           |                                                                          |
|    |                                 | 名称                                                                                         |           |                                                                          |
| 2  | 施設の所在地                          | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |           |                                                                          |
|    |                                 | 〒                                                                                          |           |                                                                          |
|    |                                 | 都道府県                                                                                       |           |                                                                          |
|    |                                 | 所在地                                                                                        |           |                                                                          |
|    |                                 | 電話                                                                                         |           |                                                                          |
|    |                                 | FAX                                                                                        |           |                                                                          |
| 3  | 施設の開設者の氏名<br>(法人の場合は法人名)        | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |           |                                                                          |
|    |                                 | (フリガナ)                                                                                     |           |                                                                          |
|    |                                 | 氏名                                                                                         |           |                                                                          |
| 4  | 施設の開設者の住所<br>(法人の場合は主たる事務所の所在地) | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |           |                                                                          |
|    |                                 | 〒                                                                                          |           |                                                                          |
|    |                                 | 都道府県                                                                                       |           |                                                                          |
|    |                                 | 所在地                                                                                        |           |                                                                          |
|    |                                 | 電話                                                                                         |           |                                                                          |
|    |                                 | FAX                                                                                        |           |                                                                          |
| 5  | 施設の開設年月                         | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |           |                                                                          |
|    |                                 |                                                                                            | 年         | 月 ※3年以上の開設歴が必要。                                                          |
| 6  | 施設の管理者の氏名                       | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |           |                                                                          |
|    |                                 | (フリガナ)                                                                                     |           |                                                                          |
|    |                                 | 氏名                                                                                         |           |                                                                          |
| 7  | 施設のウェブサイト                       | 歯科医師臨床研修に関する情報もしくは施設概況を掲載しているウェブサイトのアドレスを記入すること。ウェブサイトがない場合、空欄とすること。                       |           |                                                                          |
| 8  | 歯科医師の員数                         | 当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「22 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。 |           |                                                                          |
|    |                                 | 常に勤務する歯科医師数                                                                                | 名         | 「22 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。 |
|    |                                 | うち常勤の指導歯科医数                                                                                | 名         | 「22 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。                      |
| 9  | 歯科衛生士の員数                        | 常勤換算                                                                                       | 名         | 当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。                                         |
| 10 | 看護師の員数                          | 常勤換算                                                                                       | 名         | 当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。  |
| 11 | 診療科名                            | 医療法に基づき当該施設が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。                                           |           |                                                                          |
|    |                                 |                                                                                            |           |                                                                          |
|    |                                 | 医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(数)診療科あり」とすること）                                    |           |                                                                          |
|    |                                 |                                                                                            |           |                                                                          |
|    |                                 | 他○(数)診療科あり                                                                                 |           |                                                                          |
| 12 | 病床数                             | 施設全体の病床数                                                                                   | 床         | 医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。                                                |
|    |                                 | うち歯科病床数                                                                                    | 床         | 歯科関連病床数を記入すること。                                                          |
| 13 | 臨床研修の実施に関し<br>必要な施設及び設備         | 歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。                      |           |                                                                          |
|    |                                 | 歯科診療台                                                                                      |           | 台                                                                        |
|    |                                 | ポータブルユニット                                                                                  |           |                                                                          |
|    |                                 | デンタルエックス線装置                                                                                |           |                                                                          |
|    |                                 | パノラマ断層撮影装置                                                                                 |           |                                                                          |
|    |                                 | オートクレーブ                                                                                    |           |                                                                          |
|    |                                 | 生体モニター                                                                                     |           |                                                                          |
|    |                                 | 口腔内画像処理システム                                                                                |           | ※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。                                                     |
|    |                                 | 自動体外式除細動器（AED）                                                                             |           |                                                                          |
|    |                                 | 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）                                                                    |           |                                                                          |
|    |                                 | 酸素ボンベ及び酸素マスク                                                                               |           |                                                                          |
|    |                                 | 血圧計                                                                                        |           |                                                                          |
|    |                                 | 救急蘇生セット                                                                                    |           |                                                                          |
|    |                                 | 歯科用吸引装置（口腔外）                                                                               |           | 台                                                                        |
|    |                                 | 臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。                                                 |           |                                                                          |
|    |                                 | 医学・歯学図書又は雑誌                                                                                | 【1.有 0.無】 |                                                                          |
|    |                                 | インターネット環境                                                                                  | 【1.有 0.無】 |                                                                          |

|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    |                        |                                |   |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|---|
| 14                                     | 病歴管理体制                                                                                                    | 病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。                                                                          |                        |                                |   |
|                                        |                                                                                                           | 病歴管理者の氏名及び役職<br>複数名いる場合は代表者を記入すること。                                                                | (フリガナ)                 |                                |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 氏名                     |                                |   |
|                                        |                                                                                                           | 役職                                                                                                 |                        |                                |   |
| 診療録の保存期間                               |                                                                                                           |                                                                                                    |                        | 年間保存                           |   |
| 15                                     | 医療安全管理体制                                                                                                  | 医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。                                                        |                        |                                |   |
|                                        |                                                                                                           | 医療安全管理者の氏名及び役職<br>複数名いる場合は代表者を記入すること。                                                              | (フリガナ)                 |                                |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 氏名                     |                                |   |
|                                        |                                                                                                           | 役職                                                                                                 |                        |                                |   |
|                                        |                                                                                                           | 医療安全管理部門の設置状況                                                                                      | ※病院は設置が必須。それ以外の施設は任意。  |                                |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 設置の有無                  | 【1.有 0.無】                      |   |
|                                        |                                                                                                           | 職員（専任、兼任の合計）                                                                                       |                        |                                | 名 |
|                                        |                                                                                                           | 医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。                                          |                        |                                |   |
|                                        |                                                                                                           | 医療に係る安全管理のための体制の確保                                                                                 | 指針の策定状況                | 【1.有 0.無】                      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 医療安全管理委員会の開催状況         | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能<br>年 回 |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 職員研修の実施状況              | ※年2回程度の職員研修が必須<br>年 回          |   |
|                                        |                                                                                                           | 院内感染対策のための体制の確保に係る措置                                                                               | 指針の策定状況                | 【1.有 0.無】                      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 院内感染対策委員会の開催状況         | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能<br>年 回 |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 従業者に対する研修の実施状況         | ※年2回程度の従業者に対する研修が必須<br>年 回     |   |
| 医療機関内におけるインシデント・アクシデント（事故報告）の報告体制に係る措置 | 報告体制の整備                                                                                                   | 【1.有 0.無】                                                                                          |                        |                                |   |
|                                        | 具体的な方法                                                                                                    |                                                                                                    |                        |                                |   |
| 16                                     | 患者からの相談に適切に応じる体制                                                                                          | 患者相談窓口の設置状況（診療所の場合は意見箱等の設置でも可能）の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。                                          |                        |                                |   |
|                                        |                                                                                                           | 患者相談窓口の設置状況                                                                                        | 【1.設置済 2.意見箱の設置 3.その他】 |                                |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | その他の場合（具体的に記入すること）     |                                |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 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】                      |   |
| 17                                     | 外来患者延べ数（※前年度実績）<br>申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。<br>「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数（小数点第二位を四捨五入）とすること。 | 外来診療（訪問診療除く）                                                                                       |                        | 訪問診療                           |   |
|                                        |                                                                                                           | 年間患者延べ数                                                                                            |                        |                                |   |
|                                        |                                                                                                           | 年間診療実日数                                                                                            |                        |                                |   |
|                                        |                                                                                                           | 1日平均患者延べ数                                                                                          |                        |                                |   |
|                                        |                                                                                                           | 入院患者数（※前年度実績）<br>「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。 |                        |                                |   |
|                                        |                                                                                                           | 年間入院患者実数                                                                                           | 歯科・歯科口腔外科              |                                |   |
| 18                                     | 研修関連記録の保存                                                                                                 | 研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。                                                            |                        |                                |   |
|                                        |                                                                                                           | 保存方法                                                                                               | 【1.文書 2.電子媒体 3.その他】    |                                |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | その他の場合（具体的に記入すること）     |                                |   |
| 保存期間                                   |                                                                                                           | 年間保存                                                                                               |                        |                                |   |

|    |                                                                                                                                                                                                                                          |      |                        |     |                |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------|-----|----------------|
| 19 | 研修管理委員会について、記入又はプルダウンから選択すること。                                                                                                                                                                                                           |      |                        |     |                |
|    | 研修管理委員会の運営<br>指針                                                                                                                                                                                                                         | 作成状況 | 1. 作成済<br>0. 未作成       |     | 未作成の場合は作成すること。 |
|    | 研修管理委員会の議事<br>内容等の記録・保管                                                                                                                                                                                                                  | 保存方法 | 【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】 |     |                |
|    |                                                                                                                                                                                                                                          |      | その他の場合（具体的に記入すること）     |     |                |
|    |                                                                                                                                                                                                                                          | 保存期間 |                        |     | 年間保存           |
| 20 | 研修管理委員会の構成員の氏名等                                                                                                                                                                                                                          |      |                        |     |                |
|    | <p>研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。</p> <p>※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。</p> <p>※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する施設の名称、役職を記入すること。</p> <p>※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については※欄が不足する場合は、適宜追加すること。</p> |      |                        |     |                |
|    | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                      |      | 所 属                    | 役 職 | 備 考            |
|    | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     | 研修管理委員長        |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 1  | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 2  | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 3  | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 4  | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 5  | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 6  | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 7  | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 8  | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 9  | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 10 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 11 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 12 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 13 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 14 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 15 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 16 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 17 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 18 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 19 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |
| 20 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                     |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                |

## 21 管理する研修プログラム

※自施設が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。

（自施設が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。）

欄が不足する場合は、適宜追加すること。

|   | 研修プログラム番号 | 研修プログラムの名称 | 施設区分<br>(プルダウンから選択) | 自施設での研修期間<br>(○ヶ月、○週間など) | 受け入れた研修歯科医数<br>(※前年度実績)<br>(○名) |
|---|-----------|------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 1 |           |            |                     |                          |                                 |
| 2 |           |            |                     |                          |                                 |
| 3 |           |            |                     |                          |                                 |
| 4 |           |            |                     |                          |                                 |
| 5 |           |            |                     |                          |                                 |
| 6 |           |            |                     |                          |                                 |
| 7 |           |            |                     |                          |                                 |



## 臨床研修施設申請書（新規申請）（単独型臨床研修施設）

|       |  |
|-------|--|
| 施設番号： |  |
| 施設名称： |  |

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

|                                           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
|-------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----|-------------------------------------------|--|---|------------------------------------------|--|---|
| 23                                        | 研修プログラムの名称           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
| 24                                        | 研修プログラムの特色           | ※臨床研修の基本理念を踏まえ、本研修プログラムにはどのような特色があるか記入すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
| 25                                        | 臨床研修の目標              | ※本研修プログラムでは、臨床研修の修了時にどのようなことが達成されていることをめざすのか記入すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
| 26                                        | 臨床研修の目標を達成するための研修内容等 | <p>症例数の数え方、考え方について</p> <p>※本研修プログラムを実施する場合、施設ごとの症例数ではなく、本研修プログラム全体の症例数について、記入又はプルダウンから選択すること。</p> <p>1. 初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする</p> <p>2. 処置ごとに一症例とする</p> <p>3. その他</p> <p>その他の場合（具体的に記入すること）</p> <table border="1"> <tr> <td>歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（合計）</td> <td></td> <td>例</td> </tr> <tr> <td>研修期間中に経験することを目指す研修歯科医1人当たり症例数（目標症例数）（合計）</td> <td></td> <td>例</td> </tr> </table> <p>研修協力施設での研修分野・内容：<br/>※研修協力施設と共同して研修を行う場合に記入すること。</p> <p>※厚生労働省が示す「歯科医師臨床研修の到達目標」以外に研修プログラムごとに設定する到達目標がある場合は、備考欄に記入すること。</p> <p>備考：</p> |                        |     | 歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（合計） |  | 例 | 研修期間中に経験することを目指す研修歯科医1人当たり症例数（目標症例数）（合計） |  | 例 |
| 歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（合計） |                      | 例                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
| 研修期間中に経験することを目指す研修歯科医1人当たり症例数（目標症例数）（合計）  |                      | 例                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
| 27                                        | プログラム責任者の氏名          | プログラム責任者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (フリガナ)                 |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
|                                           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 氏名                     |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
|                                           |                      | 副プログラム責任者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (フリガナ)                 |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
|                                           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 氏名                     |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
| 28                                        | 研修期間                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 年                      |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
| 29                                        | 共同して臨床研修を行う施設数       | 研修協力施設：合計                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        | 施設  |                                           |  |   |                                          |  |   |
|                                           |                      | ※研修協力施設と共同して研修を行う場合に記入すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
| 30                                        | 研修歯科医の指導体制           | <p>研修歯科医の指導体制について、プルダウンから選択すること。</p> <p>「3. その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。</p> <p>1. 指導歯科医の直接の指導が中心</p> <p>2. 指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする</p> <p>3. その他</p> <p>その他の場合（具体的に記入すること）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
| 31                                        | 募集定員                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 名                      |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
| 32                                        | 研修歯科医の募集及び採用の方法      | 募集方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 【1. 公募 2. その他】         |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
|                                           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | その他の場合（具体的に記入すること）     |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
|                                           |                      | 選考方法（複数選択可）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】 |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
|                                           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | その他の場合（具体的に記入すること）     |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
|                                           |                      | 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】              |     |                                           |  |   |                                          |  |   |
|                                           |                      | 研修開始時期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |     |                                           |  |   |                                          |  |   |

|           |                         |                                  |                            |                                        |      |
|-----------|-------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------------|------|
| 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／時間 |
|           |                         |                                  | 賞与／年                       |                                        | 円    |
|           |                         | その他手当                            | 【1.有 0.無】                  |                                        |      |
|           |                         |                                  | その他（具体的に）                  |                                        |      |
|           |                         | 勤務時間                             | 基本的な勤務時間                   | ～                                      |      |
|           |                         |                                  | その他（具体的に）                  |                                        |      |
|           |                         | 休暇                               | 基本的な休暇                     |                                        |      |
|           |                         |                                  | その他（具体的に）                  |                                        |      |
|           |                         | 時間外勤務                            | 【1.有 0.無】                  |                                        |      |
|           |                         | 当直                               | 【1.有 0.無】                  |                                        |      |
|           |                         | 研修歯科医の宿舍                         | 【1.有 0.無】                  |                                        |      |
|           |                         |                                  | 有の場合                       |                                        | 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】                  |                                        |      |
|           |                         | 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                    | 医療機関において加入 【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】  |                                        |      |
|           |                         | 研修協力施設における処遇の運用（※該当する場合のみ記入すること） |                            | 1. 単独型臨床研修施設と同一の処遇とする。<br>2. 独自の処遇とする。 |      |
|           |                         | 34                               | 研修歯科医の評価に関する事項             | 修了判定を行う項目                              |      |
| 修了判定を行う基準 |                         |                                  |                            |                                        |      |
| 35        | 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                             |                            |                                        |      |
|           |                         | F A X                            |                            |                                        |      |
|           |                         | E-mail                           |                            |                                        |      |
|           | ホームページ                  | http://                          |                            |                                        |      |

以下は、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合に記入又はプルダウンから選択すること。

| 36 | 研修協力施設の名称及び指導体制<br><br>※すべての研修協力施設について施設番号順に、施設番号、施設名称、施設の種類等を記入又はプルダウンから選択すること。<br><br>※欄が不足する場合は、適宜追加すること。 | 施設番号              | 施設名称 | 施設の種類<br>1.医療機関<br>2.その他機関 | 研修歯科医の指導を行う者の氏名 | 研修歯科医の指導を行う者の担当分野 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------|----------------------------|-----------------|-------------------|
|    |                                                                                                              | ※新規申請の場合は空欄とすること。 |      |                            |                 |                   |
|    |                                                                                                              |                   |      |                            |                 |                   |
|    |                                                                                                              |                   |      |                            |                 |                   |
|    |                                                                                                              |                   |      |                            |                 |                   |
|    |                                                                                                              |                   |      |                            |                 |                   |
|    |                                                                                                              |                   |      |                            |                 |                   |
|    |                                                                                                              |                   |      |                            |                 |                   |
|    |                                                                                                              |                   |      |                            |                 |                   |
|    |                                                                                                              |                   |      |                            |                 |                   |

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

## 臨床研修施設申請書（新規申請）（管理型臨床研修施設）

|    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |                                                                         |
|----|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------|
|    |                                 | 申請年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                                                                         |
|    |                                 | 施設番号（既取得施設のみ記入）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |                                                                         |
|    |                                 | 同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |                                                                         |
|    |                                 | 施設名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                                                                         |
| 1  | 施設名称                            | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。<br>(フリガナ)<br>名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                                                                         |
| 2  | 施設の所在地                          | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。<br>〒<br>都道府県<br>所在地<br>電話<br>FAX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |                                                                         |
| 3  | 施設の開設者の氏名<br>(法人の場合は法人名)        | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。<br>(フリガナ)<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                                                                         |
| 4  | 施設の開設者の住所<br>(法人の場合は主たる事務所の所在地) | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。<br>〒<br>都道府県<br>所在地<br>電話<br>FAX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |                                                                         |
| 5  | 施設の開設年月                         | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。<br>年 月 ※3年以上の開設歴が必要。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                                                                         |
| 6  | 施設の管理者の氏名                       | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。<br>(フリガナ)<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                                                                         |
| 7  | 施設のウェブサイト                       | 歯科医師臨床研修に関する情報もしくは施設概況を掲載しているウェブサイトのアドレスを記入すること。ウェブサイトがない場合、空欄とすること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                                                                         |
| 8  | 歯科医師の員数                         | 当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「22 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。<br>常に勤務する歯科医師数 名 「22 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。<br>うち常勤の指導歯科医数 名 「22 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。                                                                                                                              |   |                                                                         |
| 9  | 歯科衛生士の員数                        | 常勤換算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 名 | 当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。                                        |
| 10 | 看護師の員数                          | 常勤換算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 名 | 当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。 |
| 11 | 診療科名                            | 医療法に基づき当該施設が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。<br>医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(数)診療科あり」とすること）<br>他○(数)診療科あり                                                                                                                                                                                                                                                              |   |                                                                         |
| 12 | 病床数                             | 施設全体の病床数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 床 | 医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。                                               |
|    |                                 | うち歯科病床数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 床 | 歯科関連病床数を記入すること。                                                         |
| 13 | 臨床研修の実施に関し<br>必要な施設及び設備         | 歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。<br>歯科診療台 台<br>ポータブルユニット<br>デンタルエックス線装置<br>パノラマ断層撮影装置<br>オートクレーブ<br>生体モニター<br>口腔内画像処理システム ※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。<br>自動体外式除細動器（AED）<br>経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）<br>酸素ボンベ及び酸素マスク<br>血圧計<br>救急蘇生セット<br>歯科用吸引装置（口腔外） 台<br>臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。<br>医学・歯学図書又は雑誌 【1. 有 0. 無】<br>インターネット環境 【1. 有 0. 無】 |   |                                                                         |

|        |                                                                                                           |                                                                                                    |                        |                                |      |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|------|
| 14     | 病歴管理体制                                                                                                    | 病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。                                                                          |                        |                                |      |
|        |                                                                                                           | 病歴管理者の氏名及び役職<br>複数名いる場合は代表者を記入すること。                                                                | (フリガナ)                 |                                |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | 氏名                     |                                |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | 役職                     |                                |      |
|        |                                                                                                           | 診療録の保存期間                                                                                           |                        |                                | 年間保存 |
| 15     | 医療安全管理体制                                                                                                  | 医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。                                                        |                        |                                |      |
|        |                                                                                                           | 医療安全管理者の氏名及び役職<br>複数名いる場合は代表者を記入すること。                                                              | (フリガナ)                 |                                |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | 氏名                     |                                |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | 役職                     |                                |      |
|        |                                                                                                           | 医療安全管理部門の設置状況                                                                                      | ※病院は設置が必須。それ以外の施設は任意。  |                                |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | 設置の有無                  | 【1.有 0.無】                      |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | 職員（専任、兼任の合計）           |                                | 名    |
|        |                                                                                                           | 医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。                                          |                        |                                |      |
|        |                                                                                                           | 医療に係る安全管理のための体制の確保                                                                                 | 指針の策定状況                | 【1.有 0.無】                      |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | 医療安全管理委員会の開催状況         | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能<br>年 回 |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | 職員研修の実施状況              | ※年2回程度の職員研修が必須<br>年 回          |      |
|        |                                                                                                           | 院内感染対策のための体制の確保に係る措置                                                                               | 指針の策定状況                | 【1.有 0.無】                      |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | 院内感染対策委員会の開催状況         | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能<br>年 回 |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | 従業者に対する研修の実施状況         | ※年2回程度の従業者に対する研修が必須<br>年 回     |      |
|        |                                                                                                           | 医療機関内におけるインシデント・アクシデント（事故報告）の報告体制に係る措置                                                             | 報告体制の整備                | 【1.有 0.無】                      |      |
| 具体的な方法 |                                                                                                           |                                                                                                    |                        |                                |      |
| 16     | 患者からの相談に適切に応じる体制                                                                                          | 患者相談窓口の設置状況（診療所の場合は意見箱等の設置でも可能）の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。                                          |                        |                                |      |
|        |                                                                                                           | 患者相談窓口の設置状況                                                                                        | 【1.設置済 2.意見箱の設置 3.その他】 |                                |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | その他の場合（具体的に記入すること）     |                                |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | 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】                      |      |
| 17     | 外来患者延べ数（※前年度実績）<br>申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。<br>「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数（小数点第二位を四捨五入）とすること。 |                                                                                                    | 外来診療（訪問診療除く）           | 訪問診療                           |      |
|        |                                                                                                           | 年間患者延べ数                                                                                            |                        |                                |      |
|        |                                                                                                           | 年間診療実日数                                                                                            |                        |                                |      |
|        |                                                                                                           | 1日平均患者延べ数                                                                                          |                        |                                |      |
|        |                                                                                                           | 入院患者数（※前年度実績）<br>「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。 |                        |                                |      |
|        |                                                                                                           | 歯科・歯科口腔外科                                                                                          |                        |                                |      |
|        | 年間入院患者実数                                                                                                  |                                                                                                    |                        |                                |      |
| 18     | 研修関連記録の保存                                                                                                 | 研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。                                                            |                        |                                |      |
|        |                                                                                                           | 保存方法                                                                                               | 【1.文書 2.電子媒体 3.その他】    |                                |      |
|        |                                                                                                           |                                                                                                    | その他の場合（具体的に記入すること）     |                                |      |
| 保存期間   |                                                                                                           |                                                                                                    | 年間保存                   |                                |      |

|    |                                                                                                                                                   |      |                        |     |                |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------|-----|----------------|
| 19 | 研修管理委員会について、記入又はプルダウンから選択すること。                                                                                                                    |      |                        |     |                |
|    | 研修管理委員会の運営<br>指針                                                                                                                                  | 作成状況 | 1. 作成済<br>0. 未作成       |     | 未作成の場合は作成すること。 |
|    | 研修管理委員会の議事<br>内容等の記録・保管                                                                                                                           | 保存方法 | 【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】 |     |                |
|    |                                                                                                                                                   | 保存期間 | その他の場合（具体的に記入すること）     |     |                |
| 20 | 研修管理委員会の構成員の氏名等                                                                                                                                   |      |                        |     |                |
|    | 研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。                                                                                                           |      |                        |     |                |
|    | ※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。                                                                                                                         |      |                        |     |                |
|    | ※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する施設の名称、役職を記入すること。<br>※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については<br>※欄が不足する場合は、適宜追加すること。 |      |                        |     |                |
|    | 氏 名                                                                                                                                               |      | 所 属                    | 役 職 | 備 考            |
| 1  | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     | 研修管理委員長        |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 2  | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 3  | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 4  | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 5  | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 6  | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 7  | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 8  | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 9  | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 10 | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 11 | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 12 | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 13 | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 14 | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 15 | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 16 | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 17 | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 18 | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 19 | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |
| 20 | フリガナ                                                                                                                                              |      |                        |     |                |
|    | 氏名                                                                                                                                                |      |                        |     |                |

## 21 管理する研修プログラム

※自施設が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。（自施設が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。）欄が不足する場合は、適宜追加すること。

| 番号 | 研修プログラム番号 | 研修プログラム名称 | 施設区分<br>(プルダウンから選択) | 自施設での研修期間<br>(○ヶ月、○週間など) | 受け入れた研修歯科医数<br>(※前年度実績)<br>(○名) |
|----|-----------|-----------|---------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 1  |           |           |                     |                          |                                 |
| 2  |           |           |                     |                          |                                 |
| 3  |           |           |                     |                          |                                 |
| 4  |           |           |                     |                          |                                 |
| 5  |           |           |                     |                          |                                 |
| 6  |           |           |                     |                          |                                 |
| 7  |           |           |                     |                          |                                 |

臨床研修施設申請書（新規申請）（管理型臨床研修施設）

|       |  |
|-------|--|
| 施設番号： |  |
| 施設名称： |  |

22 歯科医師名簿

※当該施設に勤務し、歯科医師臨床研修に関与するすべての歯科医師について記入すること。（研修歯科医は含まないこと）

「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）。

「指導歯科医講習会受講歴」欄には、指導歯科医講習会の受講年、講習会名を記入すること

「プログラム責任者講習会受講の有無」欄には、プログラム責任者講習会の受講歴の有無をプルダウンから選択すること。

「取得している専門医・認定医資格」欄には、日本歯科医学会専門分科会に登録されている学会の専門医・認定医資格を記入すること。

「研修に関する役割等」欄には、（1．プログラム責任者、2．副プログラム責任者、3．指導歯科医、4．その他）の該当する番号を記入すること。（複数選択可）

「勤務状況」欄について、自施設で定めた歯科医師の勤務時間のすべてを勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算の対象とする非常勤歯科医師の場合には1を、それ以外の場合には2を選択すること。

常に勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算を行う歯科医師については、1週間当たり勤務する日数を記入すること。

「フォローアップ研修受講歴の有無」欄について、指導歯科医のフォローアップ研修の受講歴の有無をプルダウンから選択すること。「1.有」を選択する場合は受講年も記入すること。

欄が不足する場合は、適宜追加すること。

| 番号 | (フリガナ)            | 臨床経験年数 | 指導歯科医講習会受講歴<br>(初回：受講年、講習会名) |   | プログラム責任者講習会受講の有無 | 取得している専門医・認定医資格 | 研修に関する役割等 |                                                                          | 勤務状況                      |                                               | フォローアップ研修                    |              |
|----|-------------------|--------|------------------------------|---|------------------|-----------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------|--------------|
|    | 氏 名               |        |                              |   |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              |              |
| 例  | コウセイ タロウ<br>厚生 太郎 | 18 年   |                              | 年 | 〇〇指導歯科医講習会       | 【1. 有<br>0. 無】  | 〇〇学会 専門医  | 1.プログラム責任者<br>2.副プログラム責任者<br>3.指導歯科医<br>4.その他<br>-----<br>該当番号を記入<br>1,3 | 1.常に勤務する<br>歯科医師<br>2.その他 | 常に勤務する<br>歯科医師の1週間<br>当たりの勤務日<br>数<br><br>〇〇日 | 受講歴の有無<br><br>【1. 有<br>0. 無】 | 受講年<br><br>年 |
| 1  |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 2  |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 3  |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 4  |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 5  |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 6  |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 7  |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 8  |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 9  |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 10 |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 11 |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 12 |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 13 |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 14 |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 15 |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 16 |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 17 |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 18 |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 19 |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |
| 20 |                   | 年      |                              | 年 |                  |                 |           |                                                                          |                           |                                               |                              | 年            |

## 臨床研修施設申請書（新規申請）（管理型臨床研修施設）

|       |  |
|-------|--|
| 施設番号： |  |
| 施設名称： |  |

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

|    |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |    |
|----|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----|
| 23 | 研修プログラムの名称                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |    |
| 24 | 研修プログラムの特色                       | ※臨床研修の基本理念を踏まえ、本研修プログラムにはどのような特色があるか記入すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |    |
| 25 | 臨床研修の目標                          | ※本研修プログラムでは、臨床研修の修了時にどのようなことが達成されていることをめざすのか記入すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |    |
| 26 | 臨床研修の目標を達成するための研修内容等             | <p>症例数の数え方、考え方について</p> <p>※本研修プログラムを実施する場合の、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入又はプルダウンから選択すること。</p> <p>1. 初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする</p> <p>2. 処置ごとに一症例とする</p> <p>3. その他</p> <p>その他の場合（具体的に記入すること）</p> <p>歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（合計）</p> <p>研修期間中に経験することを目標とする研修歯科医1人当たり症例数(目標症例数)（合計）</p> <p>協力型(Ⅱ)臨床研修施設での研修分野・内容：<br/>※協力型(Ⅱ)臨床研修施設と共同して研修を行う場合に記入すること</p> <p>協力型(Ⅱ)臨床研修施設が補完する臨床研修施設の区分</p> <p>研修分野・内容：</p> <p>研修協力施設での研修分野・内容：<br/>※研修協力施設と共同して研修を行う場合に記入すること。</p> <p>※厚生労働省が示す「歯科医師臨床研修の到達目標」以外に研修プログラムごとに設定する到達目標がある場合は、備考欄に記入すること。</p> <p>備考：</p> |                        |    |
| 27 | プログラム責任者の氏名                      | プログラム責任者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | (フリガナ)                 |    |
|    |                                  | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |    |
|    | 副プログラム責任者                        | (フリガナ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |    |
|    |                                  | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |    |
| 28 | 研修期間                             | 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |    |
|    | 臨床研修施設ごとの研修期間                    | 臨床研修施設ごとの研修期間の内訳について、それぞれの臨床研修施設ごとに記入すること                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                        |    |
|    |                                  | 管理型臨床研修施設                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                        | か月 |
|    |                                  | 協力型（Ⅰ）臨床研修施設                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | か月 |
|    |                                  | 協力型（Ⅱ）臨床研修施設                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 日  |
| 29 | 臨床研修施設群を構成する施設数（※該当ある場合のみ記入すること） | 協力型(Ⅰ)臨床研修施設：合計                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        | 施設 |
|    |                                  | 協力型(Ⅱ)臨床研修施設：合計                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        | 施設 |
|    |                                  | 研修協力施設：合計                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                        | 施設 |
| 30 | 研修歯科医の指導体制                       | <p>研修歯科医の指導体制について、プルダウンから選択すること。</p> <p>「3. その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。</p> <p>1. 指導歯科医の直接の指導をが中心</p> <p>2. 指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする</p> <p>3. その他</p> <p>その他の場合（具体的に記入すること）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |    |
| 31 | 募集定員                             | 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |    |
| 32 | 研修歯科医の募集及び採用の方法                  | 募集方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 【1. 公募 2. その他】         |    |
|    |                                  | 選考方法（複数選択可）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】 |    |
|    |                                  | 募集及び選考の時期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 募集時期<br>選考時期           |    |
|    |                                  | マッチング利用の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 【1.有 0.無】              |    |
|    |                                  | 研修開始時期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 頃から<br>頃から             |    |

|         |                                                                                                                                                                                           |                                           |                           |                                  |                             |                                   |           |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 33      | 研修歯科医の処遇                                                                                                                                                                                  | 協力型（Ⅰ）臨床研修施設、協力型（Ⅱ）臨床研修施設、研修協力施設における処遇の適用 |                           | 1. 管理型と同一の処遇とする。<br>2. 独自の処遇とする。 |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           | 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）<br>賞与／年        |                                  |                             |                                   | 円／時間<br>円 |
|         |                                                                                                                                                                                           | その他手当                                     | 【1.有 0.無】<br>その他（具体的に）    |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           | 勤務時間                                      | 基本的な勤務時間<br>その他（具体的に）     |                                  | ～                           |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           | 休暇                                        | 基本的な休暇<br>その他（具体的に）       |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           | 時間外勤務                                     | 【1.有 0.無】                 |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           | 当直                                        | 【1.有 0.無】                 |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           | 研修歯科医の宿舍                                  | 【1.有 0.無】<br>有の場合<br>無の場合 |                                  | 住宅手当／月                      |                                   | 戸<br>円    |
|         |                                                                                                                                                                                           | 研修歯科医のための施設内の部屋                           | 【1.有 0.無】                 |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           | 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】                   |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           | 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                             | 医療機関において加入                |                                  | 【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】                 |                                  |                             |                                   |           |
| 34      | 研修歯科医の評価に関する事項                                                                                                                                                                            | 修了判定を行う項目                                 |                           |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           | 修了判定を行う基準                                 |                           |                                  |                             |                                   |           |
| 35      | 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://                                   |                           |                                  |                             |                                   |           |
| 36      | 協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設（相当大学病院）<br><br>※臨床研修施設群を構成するすべての協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設について施設番号と臨床研修施設の名称を記入すること。<br><br>※協力型（Ⅰ）臨床研修施設の施設番号順に記入した後、協力型（Ⅱ）臨床研修施設の施設番号順に記入すること。<br><br>※欄が不足する場合は、適宜追加すること。 | 施設区分                                      | 施設番号<br>※新規申請中は空欄とすること。   | 施設名称                             | 他の臨床研修施設が管理する研修プログラムへの参加の有無 | 臨床研修施設として<br>新規指定を伴う      指定取消を伴う |           |
|         |                                                                                                                                                                                           | 管理型                                       |                           |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           |                                           |                           |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           |                                           |                           |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           |                                           |                           |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           |                                           |                           |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           |                                           |                           |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           |                                           |                           |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           |                                           |                           |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           |                                           |                           |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           |                                           |                           |                                  |                             |                                   |           |
|         |                                                                                                                                                                                           |                                           |                           |                                  |                             |                                   |           |

以下は、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合に記入又はプルダウンから選択すること。

|    |                                                                                                          |                         |      |                             |                 |                   |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------|-----------------------------|-----------------|-------------------|
| 37 | 研修協力施設の名称及び指導体制<br><br>※すべての研修協力施設について施設番号順に、施設番号、施設名称、施設の種類の等記入又はプルダウンから選択すること。<br>※欄が不足する場合は、適宜追加すること。 | 施設番号<br>※新規申請中は空欄とすること。 | 施設名称 | 施設の種類の<br>1.医療機関<br>2.その他機関 | 研修歯科医の指導を行う者の氏名 | 研修歯科医の指導を行う者の担当分野 |
|    |                                                                                                          |                         |      |                             |                 |                   |
|    |                                                                                                          |                         |      |                             |                 |                   |
|    |                                                                                                          |                         |      |                             |                 |                   |
|    |                                                                                                          |                         |      |                             |                 |                   |
|    |                                                                                                          |                         |      |                             |                 |                   |
|    |                                                                                                          |                         |      |                             |                 |                   |
|    |                                                                                                          |                         |      |                             |                 |                   |

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

## 臨床研修施設申請書（新規申請）（協力型（Ⅰ）臨床研修施設）

|                                                                      |                                 |                                                                                            |             |                                    |                                                                          |  |   |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|---|
|                                                                      |                                 |                                                                                            |             | 申請年月日                              |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 |                                                                                            |             | 施設番号（既取得施設のみ記入）                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 |                                                                                            |             | 同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択） |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 |                                                                                            |             | 施設名称                               |                                                                          |  |   |
| 書類の作成責任者の氏名及び連絡先<br>※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がつきやすい方)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                             |                                                                          |  |   |
| 1                                                                    | 施設名称                            | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | (フリガナ)                                                                                     |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 名称                                                                                         |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 2                                                                    | 施設の所在地                          | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 〒                                                                                          |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 都道府県                                                                                       |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 所在地                                                                                        |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 電話                                                                                         |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | FAX                                                                                        |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 3                                                                    | 施設の開設者の氏名<br>(法人の場合は法人名)        | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | (フリガナ)                                                                                     |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 氏名                                                                                         |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 4                                                                    | 施設の開設者の住所<br>(法人の場合は主たる事務所の所在地) | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 〒                                                                                          |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 都道府県                                                                                       |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 所在地                                                                                        |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 電話                                                                                         |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | FAX                                                                                        |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 5                                                                    | 施設の開設年月                         | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 |                                                                                            |             | 年                                  |                                                                          |  | 月 |
| ※3年以上の開設歴が必要。                                                        |                                 |                                                                                            |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 6                                                                    | 施設の管理者の氏名                       | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | (フリガナ)                                                                                     |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 氏名                                                                                         |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 7                                                                    | 施設のウェブサイト                       | 歯科医師臨床研修に関する情報もしくは施設概況を掲載しているウェブサイトのアドレスを記入すること。ウェブサイトがない場合、空欄とすること。                       |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 8                                                                    | 歯科医師の員数                         | 当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「20 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。 |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 常に勤務する歯科医師数                                                                                |             | 名                                  | 「20 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。 |  |   |
|                                                                      |                                 | うち常勤の指導歯科医数                                                                                |             | 名                                  | 「20 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「1. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。                      |  |   |
| 9                                                                    | 歯科衛生士の員数                        | 常勤換算                                                                                       |             | 名                                  | 当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。                                         |  |   |
| 10                                                                   | 看護師の員数                          | 常勤換算                                                                                       |             | 名                                  | 当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。  |  |   |
| 11                                                                   | 診療科名                            | 医療法に基づき当該施設が標榜する診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。                                            |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 |                                                                                            |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(数)診療科あり」とすること）                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 |                                                                                            |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 他○(数)診療科あり                                                                                 |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 12                                                                   | 病床数                             | 施設全体の病床数                                                                                   |             | 床                                  | 医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。                                                |  |   |
|                                                                      |                                 | うち歯科病床数                                                                                    |             | 床                                  | 歯科関連病床数を記入すること。                                                          |  |   |
| 13                                                                   | 臨床研修の実施に<br>必要な施設及び設備           | 歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。                      |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 歯科診療台                                                                                      |             |                                    | 台                                                                        |  |   |
|                                                                      |                                 | ポータブルユニット                                                                                  |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | デンタルエックス線装置                                                                                |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | パノラマ断層撮影装置                                                                                 |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | オートクレーブ                                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 生体モニター                                                                                     |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 口腔内画像処理システム                                                                                |             |                                    | ※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。                                                     |  |   |
|                                                                      |                                 | 自動体外式除動器（AED）                                                                              |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 酸素ボンベ及び酸素マスク                                                                               |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 血圧計                                                                                        |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 救急蘇生セット                                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 歯科用吸引装置（口腔外）                                                                               |             |                                    | 台                                                                        |  |   |
| 臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。                           |                                 |                                                                                            |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | 医学・歯学図書又は雑誌                                                                                | 【1. 有 0. 無】 |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                      |                                 | インターネット環境                                                                                  | 【1. 有 0. 無】 |                                    |                                                                          |  |   |

|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    |                          |                                |           |      |   |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------|------|---|
| 14                                     | 病歴管理体制                                                                                                    | 病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。                                                                          |                          |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           | 病歴管理者の氏名及び役職<br>複数名いる場合は代表者を記入すること。                                                                | (フリガナ)                   |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 氏名                       |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 役職                       |                                |           |      |   |
| 診療録の保存期間                               |                                                                                                           |                                                                                                    |                          |                                | 年間保存      |      |   |
| 15                                     | 医療安全管理体制                                                                                                  | 医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。                                                        |                          |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           | 医療安全管理者の氏名及び役職<br>複数名いる場合は代表者を記入すること。                                                              | (フリガナ)                   |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 氏名                       |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 役職                       |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           | 医療安全管理部門の設置状況                                                                                      | ※病院は設置が必須。それ以外の施設は任意。    |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 設置の有無                    | 【1.有 0.無】                      |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 職員（専任、兼任の合計）             |                                |           |      | 名 |
|                                        |                                                                                                           | 医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。                                          |                          |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           | 医療に係る安全管理のための体制の確保                                                                                 | 指針の策定状況                  | 【1.有 0.無】                      |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 医療安全管理委員会の開催状況           | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能<br>年 回 |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 職員研修の実施状況                | ※年2回程度の職員研修が必須<br>年 回          |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           | 院内感染対策のための体制の確保に係る措置                                                                               | 指針の策定状況                  | 【1.有 0.無】                      |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 院内感染対策委員会の開催状況           | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能<br>年 回 |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 従業者に対する研修の実施状況           | ※年2回程度の従業者に対する研修が必須<br>年 回     |           |      |   |
| 医療機関内におけるインシデント・アクシデント（事故報告）の報告体制に係る措置 | 報告体制の整備                                                                                                   | 【1.有 0.無】                                                                                          |                          |                                |           |      |   |
|                                        | 具体的な方法                                                                                                    |                                                                                                    |                          |                                |           |      |   |
| 16                                     | 患者からの相談に適切に応じる体制                                                                                          | 患者相談窓口の設置状況（診療所の場合は意見箱等の設置でも可能）の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。                                          |                          |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           | 患者相談窓口の設置状況                                                                                        | 【1. 設置済 2. 意見箱の設置 3. その他 |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | その他の場合（具体的に記入すること）       |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 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】 |      |   |
| 17                                     | 外来患者延べ数（※前年度実績）<br>申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。<br>「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数（小数点第二位を四捨五入）とすること。 | 外来診療（訪問診療除く）                                                                                       |                          | 訪問診療                           |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           | 年間患者延べ数                                                                                            |                          |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           | 年間診療実日数                                                                                            |                          |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           | 1日平均患者延べ数                                                                                          |                          |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           | 入院患者数（※前年度実績）<br>「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。 |                          |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | 歯科・歯科口腔外科                |                                |           |      |   |
| 18                                     | 研修関連記録の保存                                                                                                 | 研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。                                                            |                          |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           | 保存方法                                                                                               | 【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】   |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           |                                                                                                    | その他の場合（具体的に記入すること）       |                                |           |      |   |
|                                        |                                                                                                           | 保存期間                                                                                               |                          |                                |           | 年間保存 |   |

## 19 参加する研修プログラム

※自施設が参加する（管理する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。欄が不足する場合は、適宜追加すること。

| 番号 | 研修プログラム番号 | 研修プログラム名称 | 施設区分<br>(プルダウンから選択) | 自施設での研修期間<br>(〇ヶ月、〇週間など) | 受け入れた研修歯科医数（前年度実績）（〇名） |
|----|-----------|-----------|---------------------|--------------------------|------------------------|
| 1  |           |           |                     |                          |                        |
| 2  |           |           |                     |                          |                        |
| 3  |           |           |                     |                          |                        |
| 4  |           |           |                     |                          |                        |
| 5  |           |           |                     |                          |                        |
| 6  |           |           |                     |                          |                        |
| 7  |           |           |                     |                          |                        |

臨床研修施設申請書（新規申請）（協力型（Ⅰ）臨床研修施設）

|       |  |
|-------|--|
| 施設番号： |  |
| 施設名称： |  |

20 歯科医師名簿

※当該施設に勤務し、歯科医師臨床研修に関与するすべての歯科医師について記入すること。（研修歯科医は含まないこと）

「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）。

「指導歯科医講習会受講歴」欄には、指導歯科医講習会の受講年、講習会名を記入すること

「取得している専門医・認定医資格」欄には、日本歯科医学会専門分科会に登録されている学会の専門医・認定医資格を記入すること。

「研修に関する役割等」欄には、（1. 指導歯科医、2. 研修実施責任者、3. その他）の該当する番号を記入すること。（複数選択可）

「勤務状況」欄について、自施設で定めた歯科医師の勤務時間のすべてを勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算の対象とする非常勤歯科医師の場合には1を、それ以外の場合には2を選択すること。

常に勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算を行う歯科医師については、1週間当たり勤務する日数を記入すること。

「フォローアップ研修受講歴の有無」欄について、指導歯科医のフォローアップ研修の受講歴の有無をプルダウンから選択すること。「1.有」を選択する場合は受講年も記入すること。

欄が不足する場合は、適宜追加すること。

| 番号 | (フリガナ)            | 臨床経<br>験年数 | 指導歯科医講習会受講歴<br>(初回：受講年、講習会名) |   |                | 取得している専門<br>医・認定医資格 | 研修に関する役割等                              | 勤務状況                            |                           |                                | フォローアップ研修 |     |
|----|-------------------|------------|------------------------------|---|----------------|---------------------|----------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------|-----|
|    | 氏 名               |            |                              |   |                |                     |                                        | 1.指導歯科医<br>2.研修実施責任者<br>3.その他   | 1.常に勤務する<br>歯科医師<br>2.その他 | 常に勤務する歯<br>科医師の1週間当<br>たりの勤務日数 | 受講歴の有無    | 受講年 |
| 例  | コウセイ タロウ<br>厚生 太郎 | 18 年       |                              | 年 | 〇〇指導歯科医講<br>習会 | 〇〇学会 専門医            | 該<br>当<br>番<br>号<br>を<br>記<br>入<br>1,3 | 該<br>当<br>番<br>号<br>を<br>選<br>択 | 〇〇日                       | 【1. 有<br>0、無】                  |           | 年   |
| 1  |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 2  |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 3  |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 4  |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 5  |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 6  |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 7  |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 8  |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 9  |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 10 |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 11 |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 12 |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 13 |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 14 |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 15 |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 16 |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 17 |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 18 |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 19 |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |
| 20 |                   | 年          |                              | 年 |                |                     |                                        |                                 |                           |                                |           | 年   |

## 臨床研修施設申請書（新規申請）（協力型（Ⅰ）臨床研修施設）

|       |  |
|-------|--|
| 施設番号： |  |
| 施設名称： |  |

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

|               |                                   |                                                |                                                  |           |        |
|---------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|--------|
| 21            | 参加する研修プログラムの名称                    |                                                |                                                  |           |        |
|               | 研修プログラム番号（研修プログラムを申請中の場合は空欄とすること） |                                                |                                                  |           |        |
| 22            | 参加する研修プログラムにおける本施設の役割             | ※参加する研修プログラムにおける、本施設の役割を記入すること。                |                                                  |           |        |
| 23            | 参加する研修プログラムにおける本施設の特徴             | ※参加する研修プログラムにおける、本施設の特徴を記入すること。                |                                                  |           |        |
| 24            | 研修実施責任者                           | （フリガナ）                                         |                                                  |           |        |
|               |                                   | 氏名                                             |                                                  |           |        |
| 25            | 募集定員                              | 名                                              |                                                  |           |        |
| 26            | 研修歯科医の募集及び採用の方法                   | 募集方法                                           | 【1. 公募 2. その他】<br>その他の場合<br>（具体的に記入すること）         |           |        |
|               |                                   | 選考方法<br>（複数選択可）                                | 【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】<br>その他の場合<br>（具体的に記入すること） |           |        |
|               |                                   | 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】                                        |           |        |
|               |                                   | 研修開始時期                                         |                                                  |           |        |
| 27            | 研修歯科医の処遇                          | 処遇                                             | 1. 管理型と同一の処遇とする。<br>2. 独自の処遇とする。                 |           |        |
|               |                                   | 「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。 |                                                  |           |        |
|               |                                   | 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／時間      |        |
|               |                                   |                                                | 賞与／年                                             | 円         |        |
|               |                                   | その他手当                                          | 【1.有 0.無】                                        |           |        |
|               |                                   |                                                | その他（具体的に）                                        |           |        |
|               |                                   | 勤務時間                                           | 基本的な勤務時間                                         | ～         |        |
|               |                                   |                                                | その他（具体的に）                                        |           |        |
|               |                                   | 休暇                                             | 基本的な休暇                                           |           |        |
|               |                                   |                                                | その他（具体的に）                                        |           |        |
|               |                                   | 時間外勤務                                          | 【1.有 0.無】                                        |           |        |
|               |                                   | 当直                                             | 【1.有 0.無】                                        |           |        |
|               |                                   | 研修歯科医の宿舍                                       | 【1.有 0.無】                                        |           |        |
|               |                                   |                                                | 有の場合<br>無の場合                                     | 住宅手当／月    | 戸<br>円 |
|               |                                   | 研修歯科医のための施設内の部屋                                | 【1.有 0.無】                                        |           |        |
|               |                                   | 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 | 医療機関において加入                        | 【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                    | 【1.有 0.無】                                      |                                                  |           |        |

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

## 臨床研修施設申請書（新規申請）（協力型（Ⅱ）臨床研修施設）

|                                                                     |                                 |                                                                                            |             |                                    |                                                                          |  |   |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|---|
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             | 申請年月日                              |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             | 施設番号（既取得施設のみ記入）                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             | 同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択） |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             | 施設名称                               |                                                                          |  |   |
| 書類の作成責任者の氏名及び連絡先<br>※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がつかずい方)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                             |                                                                          |  |   |
| 1                                                                   | 施設名称                            | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | (フリガナ)                                                                                     |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 名称                                                                                         |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 2                                                                   | 施設の所在地                          | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 〒                                                                                          |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 都道府県                                                                                       |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 所在地                                                                                        |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 電話                                                                                         |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | FAX                                                                                        |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 3                                                                   | 施設の開設者の氏名<br>(法人の場合は法人名)        | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | (フリガナ)                                                                                     |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 氏名                                                                                         |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 4                                                                   | 施設の開設者の住所<br>(法人の場合は主たる事務所の所在地) | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 〒                                                                                          |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 都道府県                                                                                       |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 所在地                                                                                        |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 電話                                                                                         |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | FAX                                                                                        |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 5                                                                   | 施設の開設年月                         | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             | 年                                  |                                                                          |  | 月 |
|                                                                     |                                 | ※3年以上の開設歴が必要。                                                                              |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 6                                                                   | 施設の管理者の氏名                       | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | (フリガナ)                                                                                     |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 氏名                                                                                         |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 7                                                                   | 施設のウェブサイト                       | 歯科医師臨床研修に関する情報もしくは施設概況を掲載しているウェブサイトのアドレスを記入すること。ウェブサイトがない場合、空欄とすること。                       |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 8                                                                   | 歯科医師の員数                         | 当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「20 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。 |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 常に勤務する歯科医師数                                                                                |             | 名                                  | 「20 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。 |  |   |
|                                                                     |                                 | うち常勤の指導歯科医数                                                                                |             | 名                                  | 「20 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「1. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。                      |  |   |
| 9                                                                   | 歯科衛生士の員数                        | 常勤換算                                                                                       |             | 名                                  | 当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。                                         |  |   |
| 10                                                                  | 看護師の員数                          | 常勤換算                                                                                       |             | 名                                  | 当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。  |  |   |
| 11                                                                  | 診療科名                            | 医療法に基づき当該施設が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。                                           |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(数)診療科あり」とすること）                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 他○(数)診療科あり                                                                                 |             |                                    |                                                                          |  |   |
| 12                                                                  | 病床数                             | 施設全体の病床数                                                                                   |             | 床                                  | 医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。                                                |  |   |
|                                                                     |                                 | うち歯科病床数                                                                                    |             | 床                                  | 歯科関連病床数を記入すること。                                                          |  |   |
| 13                                                                  | 臨床研修の実施に必要な施設及び設備               | 歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。                      |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 歯科診療台                                                                                      |             |                                    | 台                                                                        |  |   |
|                                                                     |                                 | ポータブルユニット                                                                                  |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | デンタルエックス線装置                                                                                |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | パノラマ断層撮影装置                                                                                 |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | オートクレーブ                                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 生体モニター                                                                                     |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 口腔内画像処理システム                                                                                |             |                                    | ※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。                                                     |  |   |
|                                                                     |                                 | 自動体外式除動器（AED）                                                                              |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 酸素ポンプ及び酸素マスク                                                                               |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 血圧計                                                                                        |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 救急蘇生セット                                                                                    |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 歯科用吸引装置（口腔外）                                                                               |             |                                    | 台                                                                        |  |   |
|                                                                     |                                 | 臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。                                                 |             |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | 医学・歯学図書又は雑誌                                                                                | 【1. 有 0. 無】 |                                    |                                                                          |  |   |
|                                                                     |                                 | インターネット環境                                                                                  | 【1. 有 0. 無】 |                                    |                                                                          |  |   |

|        |                                                                                                           |                                                           |                           |                                |  |      |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|--|------|
| 14     | 病歴管理体制                                                                                                    | 病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。                                 |                           |                                |  |      |
|        |                                                                                                           | 病歴管理者の氏名及び役職<br>複数名いる場合は代表者を記入すること。                       | (フリガナ)                    |                                |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | 氏名                        |                                |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | 役職                        |                                |  |      |
|        |                                                                                                           | 診療録の保存期間                                                  |                           |                                |  | 年間保存 |
| 15     | 医療安全管理体制                                                                                                  | 医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。               |                           |                                |  |      |
|        |                                                                                                           | 医療安全管理者の氏名及び役職<br>複数名いる場合は代表者を記入すること。                     | (フリガナ)                    |                                |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | 氏名                        |                                |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | 役職                        |                                |  |      |
|        |                                                                                                           | 医療安全管理部門の設置状況                                             | ※病院は設置が必須。それ以外の施設は任意。     |                                |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | 設置の有無                     | 【1.有 0.無】                      |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | 職員（専任、兼任の合計）              |                                |  | 名    |
|        |                                                                                                           | 医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。 |                           |                                |  |      |
|        |                                                                                                           | 医療に係る安全管理のための体制の確保                                        | 指針の策定状況                   | 【1.有 0.無】                      |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | 医療安全管理委員会の開催状況            | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能<br>年 回 |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | 職員研修の実施状況                 | ※年2回程度の職員研修が必須<br>年 回          |  |      |
|        |                                                                                                           | 院内感染対策のための体制の確保に係る措置                                      | 指針の策定状況                   | 【1.有 0.無】                      |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | 院内感染対策委員会の開催状況            | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能<br>年 回 |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | 従業者に対する研修の実施状況            | ※年2回程度の従業者に対する研修が必須<br>年 回     |  |      |
|        |                                                                                                           | 医療機関内におけるインシデント・アクシデント（事故報告）の報告体制に係る措置                    | 報告体制の整備                   | 【1.有 0.無】                      |  |      |
| 具体的な方法 |                                                                                                           |                                                           |                           |                                |  |      |
| 16     | 患者からの相談に適切に応じる体制                                                                                          | 患者相談窓口の設置状況（診療所の場合は意見箱等の設置でも可能）の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。 |                           |                                |  |      |
|        |                                                                                                           | 患者相談窓口の設置状況                                               | 【1. 設置済 2. 意見箱の設置 3. その他】 |                                |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | その他の場合（具体的に記入すること）        |                                |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | 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】                      |  |      |
| 17     | 外来患者延べ数（※前年度実績）<br>申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。<br>「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数（小数点第二位を四捨五入）とすること。 |                                                           | 外来診療（訪問診療除く）              | 訪問診療                           |  |      |
|        |                                                                                                           | 年間患者延べ数                                                   |                           |                                |  |      |
|        |                                                                                                           | 年間診療実日数                                                   |                           |                                |  |      |
|        |                                                                                                           | 1日平均患者延べ数                                                 |                           |                                |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           |                           |                                |  |      |
|        | 入院患者数（※前年度実績）<br>「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。        |                                                           | 歯科・歯科口腔外科                 |                                |  |      |
|        |                                                                                                           | 年間入院患者実数                                                  |                           |                                |  |      |
| 18     | 研修関連記録の保存                                                                                                 | 研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。                   |                           |                                |  |      |
|        |                                                                                                           | 保存方法                                                      | 【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】    |                                |  |      |
|        |                                                                                                           |                                                           | その他の場合（具体的に記入すること）        |                                |  |      |
|        |                                                                                                           | 保存期間                                                      |                           | 年間保存                           |  |      |

## 19 参加する研修プログラム

※自施設が参加する（管理する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。欄が不足する場合は、適宜追加すること。

|   | 研修プログラム番号 | 研修プログラム名称 | 施設区分<br>(プルダウンから選択) | 自施設での研修期間<br>(〇ヶ月、〇週間など) | 受け入れた研修歯科医数（前年度実績）（〇名） |
|---|-----------|-----------|---------------------|--------------------------|------------------------|
| 1 |           |           |                     |                          |                        |
| 2 |           |           |                     |                          |                        |
| 3 |           |           |                     |                          |                        |
| 4 |           |           |                     |                          |                        |
| 5 |           |           |                     |                          |                        |
| 6 |           |           |                     |                          |                        |
| 7 |           |           |                     |                          |                        |

|       |  |
|-------|--|
| 施設番号： |  |
| 施設名称： |  |

## 20 齒科醫師名簿

当該施設に勤務し、歯科医師臨床研修に関与するすべての歯科医師について記入すること。（研修歯科医は含まないこと）

「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）。

「指導歯科医講習会受講歴」欄には、指導歯科医講習会の受講年、講習会名を記入すること

「取得している専門医・認定医資格」欄には、日本歯科医学会専門分科会に登録されている学会の専門医・認定医資格を記入すること。

「研修に関する役割等」欄には、（1、指導歯科医、2、研修実施責任者、3、その他）の該当する番号を記入すること。（複数選択可）

「勤務状況」欄について、自施設で定めた歯科医師の勤務時間のすべてを勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算の対象とする非常勤歯科医師の場合には1を、それ以外の場合には2を選択すること。

常に勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算を行う歯科医師については、1週間当たり勤務する日数を記入すること。

「フォローアップ研修受講歴の有無」欄について、指導歯科医のフォローアップ研修の受講歴の有無をプルダウンから選択すること。「1.有」を選択する場合は受講年も記入すること。

欄が不足する場合は、適宜追加すること。

[illegible]

## 臨床研修施設申請書（新規申請）（協力型（Ⅱ）臨床研修施設）

|       |  |
|-------|--|
| 施設番号： |  |
| 施設名称： |  |

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

|               |                                   |                                 |                                                |           |      |
|---------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|-----------|------|
| 21            | 参加する研修プログラムの名称                    |                                 |                                                |           |      |
|               | 研修プログラム番号（研修プログラムを申請中の場合は空欄とすること） |                                 |                                                |           |      |
| 22            | 参加する研修プログラムにおける本施設の役割             | ※参加する研修プログラムにおける、本施設の役割を記入すること。 |                                                |           |      |
| 23            | 参加する研修プログラムにおける本施設の特徴             | ※参加する研修プログラムにおける、本施設の特徴を記入すること。 |                                                |           |      |
| 24            | 研修実施責任者                           | (フリガナ)                          |                                                |           |      |
|               |                                   | 氏名                              |                                                |           |      |
| 25            | 募集定員                              |                                 | 名                                              |           |      |
| 26            | 研修歯科医の募集及び採用の方法                   | 募集方法                            | 【1. 公募 2. その他】                                 |           |      |
|               |                                   |                                 | その他の場合<br>(具体的に記入すること)                         |           |      |
|               |                                   | 選考方法<br>(複数選択可)                 | 【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】                         |           |      |
|               |                                   |                                 | その他の場合<br>(具体的に記入すること)                         |           |      |
|               |                                   | 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】                       |                                                |           |      |
|               | 研修開始時期                            |                                 |                                                |           |      |
| 27            | 研修歯科医の処遇                          | 処遇                              | 1. 管理型と同一の処遇とする。                               |           |      |
|               |                                   |                                 | 2. 独自の処遇とする。                                   |           |      |
|               |                                   |                                 | 「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。 |           |      |
|               |                                   | 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／時間 |
|               |                                   |                                 | 賞与／年                                           |           | 円    |
|               |                                   | その他手当                           | 【1.有 0.無】                                      |           |      |
|               |                                   |                                 | その他（具体的に）                                      |           |      |
|               |                                   | 勤務時間                            | 基本的な勤務時間                                       |           | ～    |
|               |                                   |                                 | その他（具体的に）                                      |           |      |
|               |                                   | 休暇                              | 基本的な休暇                                         |           |      |
|               |                                   |                                 | その他（具体的に）                                      |           |      |
|               |                                   | 時間外勤務                           | 【1.有 0.無】                                      |           |      |
|               |                                   | 当直                              | 【1.有 0.無】                                      |           |      |
|               |                                   | 研修歯科医の宿舎                        | 【1.有 0.無】                                      |           |      |
|               |                                   |                                 | 有の場合                                           |           | 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】                                      |           |      |
|               |                                   | 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 | 医療機関において加入                        | 【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】                       |                                                |           |      |

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

## 研修協力施設概況表

|                                                                     |                                 |                                                                                            |             |                 |                                                                         |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------|--|--|
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             | 申請年月日           |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             | 施設番号（既取得施設のみ記入） |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             | 施設名称            |                                                                         |  |  |
| 書類の作成責任者の氏名及び連絡先<br>※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がつかずい方)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          |                                                                         |  |  |
| ※医療機関でない研修協力施設は1～7のみ記入すること。                                         |                                 |                                                                                            |             |                 |                                                                         |  |  |
| 1                                                                   | 施設名称                            | 医療機関は、医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                              |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | (フリガナ)                                                                                     |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 名称                                                                                         |             |                 |                                                                         |  |  |
| 2                                                                   | 施設の所在地                          | 医療機関は、医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                              |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 〒                                                                                          |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 都道府県                                                                                       |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 所在地                                                                                        |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 電話                                                                                         |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | FAX                                                                                        |             |                 |                                                                         |  |  |
| 3                                                                   | 施設の開設者の氏名<br>(法人の場合は法人名)        | 医療機関は、医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                              |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | (フリガナ)                                                                                     |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 氏名                                                                                         |             |                 |                                                                         |  |  |
| 4                                                                   | 施設の開設者の住所<br>(法人の場合は主たる事務所の所在地) | 医療機関は、医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                              |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 〒                                                                                          |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 都道府県                                                                                       |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 所在地                                                                                        |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 電話                                                                                         |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | FAX                                                                                        |             |                 |                                                                         |  |  |
| 5                                                                   | 施設の管理者の氏名                       | 医療機関は、医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                              |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | (フリガナ)                                                                                     |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 氏名                                                                                         |             |                 |                                                                         |  |  |
| 6                                                                   | 研修実施責任者                         | (フリガナ)                                                                                     |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 氏名                                                                                         |             |                 |                                                                         |  |  |
| 7                                                                   | 施設のウェブサイト                       | 歯科医師臨床研修に関する情報もしくは施設概況を掲載しているウェブサイトのアドレスを記入すること。ウェブサイトがない場合、空欄とすること。                       |             |                 |                                                                         |  |  |
| 8                                                                   | 歯科医師の員数                         | 当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「14 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。 |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 常に勤務する歯科医師数                                                                                |             | 名               | 「14 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1.常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。 |  |  |
|                                                                     |                                 | うち常勤の指導歯科医数                                                                                |             | 名               | 「14 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「1.指導歯科医」を選択する人数を記入すること。                      |  |  |
| 9                                                                   | 診療科名                            | 医療法に基づき当該施設が標榜する診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。                                            |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(数)診療科あり」とすること）                                    |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 |                                                                                            |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 他○(数)診療科あり                                                                                 |             |                 |                                                                         |  |  |
| 10                                                                  | 病床数                             | 施設全体の病床数                                                                                   |             | 床               | 医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。                                               |  |  |
|                                                                     |                                 | うち歯科病床数                                                                                    |             | 床               | 歯科関連病床数を記入すること。                                                         |  |  |
| 11                                                                  | 歯科設備状況                          | 歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。                      |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 歯科診療台                                                                                      |             |                 | 台                                                                       |  |  |
|                                                                     |                                 | ポータブルユニット                                                                                  |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | デンタルエックス線装置                                                                                |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | パノラマ断層撮影装置                                                                                 |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | オートクレーブ                                                                                    |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 生体モニター                                                                                     |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 口腔内画像処理システム                                                                                |             |                 | ※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。                                                    |  |  |
|                                                                     |                                 | 自動体外式除細動器（AED）                                                                             |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）                                                                    |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 酸素ボンベ及び酸素マスク                                                                               |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 血圧計                                                                                        |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 救急蘇生セット                                                                                    |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 歯科用吸引装置（口腔外）                                                                               |             |                 | 台                                                                       |  |  |
|                                                                     |                                 | 臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。                                                 |             |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | 医学・歯学図書又は雑誌                                                                                | 【1. 有 0. 無】 |                 |                                                                         |  |  |
|                                                                     |                                 | インターネット環境                                                                                  | 【1. 有 0. 無】 |                 |                                                                         |  |  |

|    |          |                                                           |                    |                                |  |   |
|----|----------|-----------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------|--|---|
| 12 | 医療安全管理体制 | 医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。               |                    |                                |  |   |
|    |          | 医療安全管理者の氏名及び<br>役職<br>複数名いる場合は代表者を記入すること。                 | (フリガナ)             |                                |  |   |
|    |          |                                                           | 氏名                 |                                |  |   |
|    |          | 医療安全管理部門の設置<br>状況                                         | 設置の有無              | 【1.有 0.無】                      |  |   |
|    |          |                                                           | 職員（専任、兼任の合計）       |                                |  | 名 |
|    |          | 医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。 |                    |                                |  |   |
|    |          | 医療に係る安全管理のた<br>めの体制の確保                                    | 指針の策定状況            | 【1.有 0.無】                      |  |   |
|    |          |                                                           | 医療安全管理委員会の<br>開催状況 | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能<br>年 回 |  |   |
|    |          |                                                           | 職員研修の実施状況          | ※年2回程度の職員研修が必須<br>年 回          |  |   |
|    |          | 院内感染対策のための体<br>制の確保に係る措置                                  | 指針の策定状況            | 【1.有 0.無】                      |  |   |
|    |          |                                                           | 院内感染対策委員会の<br>開催状況 | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能<br>年 回 |  |   |
|    |          |                                                           | 従業者に対する研修の<br>実施状況 | ※年2回程度の従業者に対する研修が必須<br>年 回     |  |   |
|    |          | 医療機関内におけるインシデ<br>ント・アクシデント（事故報告）<br>の報告体制に係る措置            | 報告体制の整備            | 【1.有 0.無】                      |  |   |
|    |          |                                                           | 具体的な方法             |                                |  |   |

  

|    |                                                                                                           |              |      |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|
| 13 | 外来患者延べ数（※前年度実績）<br>申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。<br>「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数（小数点第二位を四捨五入）とすること。 |              |      |
|    |                                                                                                           | 外来診療（訪問診療除く） | 訪問診療 |
|    | 年間患者延べ数                                                                                                   |              |      |
|    | 年間診療実日数                                                                                                   |              |      |
|    | 1日平均患者延べ数                                                                                                 |              |      |
|    | 入院患者数（※前年度実績）<br>「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。        |              |      |
|    | 歯科・歯科口腔外科                                                                                                 |              |      |
|    | 年間入院患者実数                                                                                                  |              |      |

研修協力施設概況表

|       |  |
|-------|--|
| 施設番号： |  |
| 施設名称： |  |

14 歯科医師名簿

※当該施設に勤務し、歯科医師臨床研修に関与するすべての歯科医師について記入すること。（研修歯科医は含まないこと）

「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）。

「指導歯科医講習会受講歴」欄には、指導歯科医講習会の受講年、講習会名を記入すること

「取得している専門医・認定医資格」欄には、日本歯科医学会専門分科会に登録されている学会の専門医・認定医資格を記入すること。

「研修に関する役割等」欄には、（1. 指導歯科医、2. 研修実施責任者、3. その他）の該当する番号を記入すること。（複数選択可）

「勤務状況」欄について、自施設で定めた歯科医師の勤務時間のすべてを勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算の対象とする非常勤歯科医師の場合には1を、それ以外の場合には2を選択すること。

常に勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算を行う歯科医師については、1週間当たり勤務する日数を記入すること。

「フォローアップ研修受講歴の有無」欄について、指導歯科医のフォローアップ研修の受講歴の有無をプルダウンから選択すること。「1.有」を選択する場合は受講年も記入すること。

欄が不足する場合は、適宜追加すること。

| 番号 | (フリガナ)            | 臨床経験年数 | 指導歯科医講習会受講歴<br>(初回：受講年、講習会名) |   |            | 取得している専門医・認定医資格 | 研修に関する役割等                     | 勤務状況                      |                               | フォローアップ研修      |     |
|----|-------------------|--------|------------------------------|---|------------|-----------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|----------------|-----|
|    | 氏 名               |        |                              |   |            |                 | 1.指導歯科医<br>2.研修実施責任者<br>3.その他 | 1.常に勤務する<br>歯科医師<br>2.その他 | 常に勤務する<br>歯科医師の1週間<br>当たりの勤務日 | 受講歴の有無         | 受講年 |
| 例  | コウセイ タロウ<br>厚生 太郎 | 18 年   |                              | 年 | 〇〇指導歯科医講習会 | 〇〇学会 専門医        | 該当番号を記入<br>1,3                | 該当番号を選択                   | 〇〇日                           | 【1. 有<br>0. 無】 | 年   |
| 1  |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 2  |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 3  |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 4  |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 5  |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 6  |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 7  |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 8  |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 9  |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 10 |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 11 |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 12 |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 13 |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 14 |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 15 |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 16 |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 17 |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 18 |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 19 |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |
| 20 |                   | 年      |                              | 年 |            |                 |                               |                           |                               |                | 年   |

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

年次報告書

|       |  |
|-------|--|
| 報告年月日 |  |
|-------|--|

|             |  |
|-------------|--|
| 施設番号        |  |
| 施設区分（区分を選択） |  |
| 施設名称        |  |

|                                                                      |         |  |
|----------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 書類の作成責任者の氏名及び連絡先<br>※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡が付きやすい方)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  |  |

※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        | 施設名称                                                                                                      | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | (フリガナ)                                                                                     |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 名称                                                                                         |              |   |                                                                          |
| 2        | 施設の所在地                                                                                                    | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 〒                                                                                          |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 都道府県                                                                                       |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 所在地                                                                                        |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 電話                                                                                         |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | FAX                                                                                        |              |   |                                                                          |
| 3        | 施設の開設者の氏名<br>(法人の場合は法人名)                                                                                  | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | (フリガナ)                                                                                     |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 氏名                                                                                         |              |   |                                                                          |
| 4        | 施設の開設者の住所<br>(法人の場合は主たる事務所の所在地)                                                                           | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 〒                                                                                          |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 都道府県                                                                                       |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 所在地                                                                                        |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 電話                                                                                         |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | FAX                                                                                        |              |   |                                                                          |
| 5        | 施設の管理者の氏名                                                                                                 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。                                                                    |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | (フリガナ)                                                                                     |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 氏名                                                                                         |              |   |                                                                          |
| 6        | 施設のウェブサイト                                                                                                 | 歯科医師臨床研修に関する情報もしくは施設概況を掲載しているウェブサイトのアドレスを記入すること。ウェブサイトがない場合、空欄とすること。                       |              |   |                                                                          |
| 7        | 歯科医師の員数                                                                                                   | 当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「17 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。 |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 常に勤務する歯科医師数                                                                                |              | 名 | 「17 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。 |
|          |                                                                                                           | うち常勤の指導歯科医数                                                                                |              | 名 | 「17 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。                      |
|          |                                                                                                           |                                                                                            |              |   |                                                                          |
| 8        | 歯科衛生士の員数                                                                                                  | 常勤換算                                                                                       |              | 名 | 当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。                                         |
| 9        | 看護師の員数                                                                                                    | 常勤換算                                                                                       |              | 名 | 当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。  |
| 10       | 診療科名                                                                                                      | 医療法に基づき当該施設が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。                                           |              |   |                                                                          |
| 11       | 病床数                                                                                                       | 施設全体の病床数                                                                                   |              | 床 | 医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。                                                |
|          |                                                                                                           | うち歯科病床数                                                                                    |              | 床 | 歯科関連病床数を記入すること。                                                          |
| 12       | 歯科設備状況                                                                                                    | 歯科診療台については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。                                    |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           | 歯科診療台                                                                                      |              |   | 台                                                                        |
|          |                                                                                                           | ポータブルユニット                                                                                  |              |   |                                                                          |
| 13       | 外来患者延べ数（※前年度実績）<br>申請年度の前年度中に来院した外来患者数延べ数をもととすること。<br>「1日平均延べ患者数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数（少数第二位を四捨五入）とすること。 |                                                                                            |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           |                                                                                            | 外来診療（訪問診療除く） |   | 訪問診療                                                                     |
|          | 年間患者延べ数                                                                                                   |                                                                                            |              |   |                                                                          |
|          | 年間診療実日数                                                                                                   |                                                                                            |              |   |                                                                          |
|          | 1日平均患者延べ数                                                                                                 |                                                                                            |              |   |                                                                          |
|          | 入院患者数（※前年度実績）<br>「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。        |                                                                                            |              |   |                                                                          |
|          |                                                                                                           |                                                                                            | 歯科・歯科口腔外科    |   |                                                                          |
| 年間入院患者実数 |                                                                                                           |                                                                                            |              |   |                                                                          |

※14,15,16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のみ記入のこと  
研修管理委員会について

| 14 | 研修管理委員会の議事内容等の記録・保管                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 保存方法 | 【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】 |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------|---------|------------------------------------|--|-----|-----|-----|-----|---|------------|--|--|---------|---|------------|--|--|--|---|------------|--|--|--|---|------------|--|--|--|---|------------|--|--|--|---|------------|--|--|--|---|------------|--|--|--|---|------------|--|--|--|---|------------|--|--|--|----|------------|--|--|--|----|------------|--|--|--|----|------------|--|--|--|----|------------|--|--|--|----|------------|--|--|--|----|------------|--|--|--|----|------------|--|--|--|----|------------|--|--|--|----|------------|--|--|--|----|------------|--|--|--|----|------------|--|--|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      | その他の場合（具体的に記入すること）     |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 保存期間 |                        |         | 年間保存                               |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 14 | 研修管理委員会の開催状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 年    |                        | 回       |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
|    | 研修管理委員会の出席率（前年度実績）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 年間平均 |                        | %       | 委任状出席を認めている場合は、委任状出席を含んだ出席状況とすること。 |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 15 | 研修管理委員会の構成員の氏名等<br>研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。<br>※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。<br>※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する施設の名称、役職を記入すること。<br>※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については空欄で差し支えない。<br>※欄が不足する場合は、適宜追加すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
|    | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>氏 名</th> <th>所 属</th> <th>役 職</th> <th>備 考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td>研修管理委員長</td></tr> <tr><td>2</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> |      |                        |         |                                    |  | 氏 名 | 所 属 | 役 職 | 備 考 | 1 | フリガナ<br>氏名 |  |  | 研修管理委員長 | 2 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 3 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 4 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 5 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 6 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 7 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 8 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 9 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 10 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 11 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 12 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 13 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 14 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 15 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 16 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 17 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 18 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 19 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  | 20 | フリガナ<br>氏名 |  |  |
|    | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 所 属  | 役 職                    | 備 考     |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 1  | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        | 研修管理委員長 |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 2  | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 3  | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 4  | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 5  | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 6  | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 7  | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 8  | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 9  | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 10 | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 11 | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 12 | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 13 | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 14 | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 15 | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 16 | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 17 | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 18 | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 19 | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |
| 20 | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                        |         |                                    |  |     |     |     |     |   |            |  |  |         |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |   |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |  |    |            |  |  |

#### 16 管理する研修プログラム

※自施設が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。（自施設が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。）  
欄が不足する場合は、適宜追加すること。

|   | 研修プログラム番号 | 研修プログラム名称 | 施設区分<br>(プルダウンから選択) | 自施設での研修期間<br>(〇ヶ月、〇週間など) | 受け入れた研修歯科医数（※前年度実績）（〇名） |
|---|-----------|-----------|---------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1 |           |           |                     |                          |                         |
| 2 |           |           |                     |                          |                         |
| 3 |           |           |                     |                          |                         |
| 4 |           |           |                     |                          |                         |
| 5 |           |           |                     |                          |                         |
| 6 |           |           |                     |                          |                         |
| 7 |           |           |                     |                          |                         |

年次報告書

|       |  |
|-------|--|
| 施設番号： |  |
| 施設名称： |  |

17 歯科医師名簿

※当該施設に勤務し、歯科医師臨床研修に関与するすべての歯科医師について記入すること。（研修歯科医は含まないこと）

「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）。

「指導歯科医講習会受講歴」欄には、指導歯科医講習会の受講年、講習会名を記入すること

「プログラム責任者講習会受講の有無」欄には、プログラム責任者講習会の受講歴の有無をプルダウンから選択すること。

「取得している専門医・認定医資格」欄には、日本歯科医学会専門分科会に登録されている学会の専門医・認定医資格を記入すること。

「研修に関する役割等」欄には、（1．プログラム責任者、2．副プログラム責任者、3．指導歯科医、4．研修実施責任者、5．その他）の該当する番号を記入すること。（複数選択可）

「勤務状況」欄について、自施設で定めた歯科医師の勤務時間のすべてを勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算の対象とする非常勤歯科医師の場合には1を、それ以外の場合には2を選択すること。

常に勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算を行う歯科医師については、1週間当たり勤務する日数を記入すること。

「フォローアップ研修受講歴の有無」欄について、指導歯科医のフォローアップ研修の受講歴の有無をプルダウンから選択すること。「1.有」を選択する場合は受講年も記入すること。

欄が不足する場合は、適宜追加すること。

| 番号 | (フリガナ)            | 臨床経験年数 | 指導歯科医講習会受講歴<br>(初回：受講年、講習会名) |   |            | プログラム責任者講習会受講の有無 | 取得している専門医・認定医資格 | 研修に関する役割等                                                  | 勤務状況                  |                        | フォローアップ研修      |     |
|----|-------------------|--------|------------------------------|---|------------|------------------|-----------------|------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|----------------|-----|
|    | 氏 名               |        |                              |   |            |                  |                 | 1.プログラム責任者<br>2.副プログラム責任者<br>3.指導歯科医<br>4.研修実施責任者<br>5.その他 | 1.常に勤務する歯科医師<br>2.その他 | 常に勤務する歯科医師の1週間当たりの勤務日数 | 受講歴の有無         | 受講年 |
| 例  | コウセイ タロウ<br>厚生 太郎 | 18 年   |                              | 年 | 〇〇指導歯科医講習会 | 【1. 有<br>0. 無】   | 〇〇学会 専門医        | 該当番号を記入<br>-----<br>1,3                                    | 該当番号を選択               | 〇〇日                    | 【1. 有<br>0. 無】 | 年   |
| 1  |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 2  |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 3  |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 4  |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 5  |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 6  |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 7  |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 8  |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 9  |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 10 |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 11 |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 12 |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 13 |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 14 |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 15 |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 16 |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 17 |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 18 |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 19 |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |
| 20 |                   | 年      |                              | 年 |            |                  |                 |                                                            |                       |                        |                | 年   |

#

[illegible]

以下からは、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合に記入又はプルダウンから選択すること。

|    | 研修協力施設の名称及び指導体制                                                                   | 施設番号               | 施設名称 | 施設の種類             | 研修歯科医の指導を行う者の氏名 | 研修歯科医の指導を行う者の担当分野 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-------------------|-----------------|-------------------|
|    |                                                                                   | ※新規申請中の場合は空欄とすること。 |      | 1.医療機関<br>2.その他機関 |                 |                   |
| 27 | ※すべての研修協力施設について施設番号順に、施設番号、施設名称、施設の種類等を記入又はプルダウンから選択すること。<br>※欄が不足する場合は、適宜追加すること。 |                    |      |                   |                 |                   |
|    |                                                                                   |                    |      |                   |                 |                   |
|    |                                                                                   |                    |      |                   |                 |                   |
|    |                                                                                   |                    |      |                   |                 |                   |
|    |                                                                                   |                    |      |                   |                 |                   |
|    |                                                                                   |                    |      |                   |                 |                   |
|    |                                                                                   |                    |      |                   |                 |                   |
|    |                                                                                   |                    |      |                   |                 |                   |
|    |                                                                                   |                    |      |                   |                 |                   |
|    |                                                                                   |                    |      |                   |                 |                   |

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

年次報告書

|       |  |
|-------|--|
| 施設番号： |  |
| 施設名称： |  |

※以下からは協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設の年次報告をする場合、研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

|               |                       |                                                |                                              |           |      |   |
|---------------|-----------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------|------|---|
| 18            | 参加する研修プログラムの名称        |                                                |                                              |           |      |   |
|               | 研修プログラム番号             |                                                |                                              |           |      |   |
| 19            | 参加するプログラムにおける本施設の役割   | ※参加する研修プログラムにおける、本施設の役割を記入すること。                |                                              |           |      |   |
| 20            | 参加する研修プログラムにおける本施設の特徴 | ※参加する研修プログラムにおける、本施設の特徴を記入すること。                |                                              |           |      |   |
| 21            | 募集定員                  | 名                                              |                                              |           |      |   |
| 22            | 研修歯科医の募集及び採用の方法       | 募集方法                                           | 【1. 公募 2. その他】<br>その他の場合（具体的に記入すること）         |           |      |   |
|               |                       | 選考方法<br>（複数選択可）                                | 【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】<br>その他の場合（具体的に記入すること） |           |      |   |
|               |                       | 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】                                    |           |      |   |
|               |                       |                                                |                                              |           |      |   |
| 23            | 研修歯科医の処遇              | 協力型(Ⅰ)・協力型(Ⅱ)・研修協力施設における処遇の適用                  | 1. 管理型と同一の処遇とする。<br>2. 独自の処遇とする。             |           |      |   |
|               |                       | 「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。 |                                              |           |      |   |
|               |                       | 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／時間 |   |
|               |                       |                                                | 賞与／年                                         |           | 円    |   |
|               |                       | その他手当                                          | 【1.有 0.無】                                    |           |      |   |
|               |                       |                                                | その他（具体的に）                                    |           |      |   |
|               |                       | 勤務時間                                           | 基本的な勤務時間                                     |           | ～    |   |
|               |                       |                                                | その他（具体的に）                                    |           |      |   |
|               |                       | 休暇                                             | 基本的な休暇                                       |           |      |   |
|               |                       |                                                | その他（具体的に）                                    |           |      |   |
|               |                       | 時間外勤務                                          | 【1.有 0.無】                                    |           |      |   |
|               |                       | 当直                                             | 【1.有 0.無】                                    |           |      |   |
|               |                       | 研修歯科医の宿舍                                       | 【1.有 0.無】                                    |           |      |   |
|               |                       |                                                | 有の場合                                         |           |      | 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】                                    |           |      |   |
|               |                       | 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 | 医療機関において加入            | 【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】                                      |                                              |           |      |   |

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

## 臨床研修の再開（の受け入れ）に係る履修計画表

|                                         |    |                                                              |   |            |               |           |   |                 |    |  |   |  |   |  |   |
|-----------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------|---|------------|---------------|-----------|---|-----------------|----|--|---|--|---|--|---|
| ふ り が な                                 |    |                                                              |   | 生 年 月 日    |               | 昭和        |   |                 |    |  |   |  |   |  |   |
| 研修歯科医の氏名                                |    |                                                              |   |            |               | 平成        |   |                 |    |  |   |  |   |  |   |
| 歯科医籍<br>登録番号                            | 第  |                                                              |   | 号          | 歯科医籍<br>登録年月日 | 平成・<br>令和 |   |                 |    |  |   |  |   |  |   |
| 中断した臨床研修を行<br>った施設の名称                   |    |                                                              |   |            |               |           |   |                 |    |  |   |  |   |  |   |
| 中断した臨床研修に係る<br>研修プログラム番号及び名称            |    | 研修プログラム番号                                                    |   | 研修プログラムの名称 |               |           |   |                 |    |  |   |  |   |  |   |
|                                         |    |                                                              |   |            |               |           |   |                 |    |  |   |  |   |  |   |
| 臨床研修の再開後に履修する<br>研修プログラム番号および名称         |    | 研修プログラム番号                                                    |   | 研修プログラムの名称 |               |           |   |                 |    |  |   |  |   |  |   |
|                                         |    |                                                              |   |            |               |           |   |                 |    |  |   |  |   |  |   |
| 研修再開<br>年 月 日                           | 令和 |                                                              | 年 |            | 月             |           | 日 | 研修修了<br>予定年月日   | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 研修再開受け入れ時までの休止期間<br>(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）<br>※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。 |   |            |               |           |   |                 |    |  |   |  |   |  |   |
|                                         |    | 施設番号                                                         |   | 施設の名称      |               |           |   | 研 修 期 間         |    |  |   |  |   |  |   |
|                                         |    |                                                              |   |            |               |           |   | 年 月～<br>年 月（ 月） |    |  |   |  |   |  |   |
|                                         |    |                                                              |   |            |               |           |   | 年 月～<br>年 月（ 月） |    |  |   |  |   |  |   |
|                                         |    |                                                              |   |            |               |           |   | 年 月～<br>年 月（ 月） |    |  |   |  |   |  |   |
|                                         |    |                                                              |   |            |               |           |   | 年 月～<br>年 月（ 月） |    |  |   |  |   |  |   |
|                                         |    |                                                              |   |            |               |           |   | 年 月～<br>年 月（ 月） |    |  |   |  |   |  |   |
|                                         |    |                                                              |   |            |               |           |   | 年 月～<br>年 月（ 月） |    |  |   |  |   |  |   |
|                                         |    |                                                              |   |            |               |           |   | 年 月～<br>年 月（ 月） |    |  |   |  |   |  |   |
|                                         |    |                                                              |   |            |               |           |   | 年 月～<br>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。

令和 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                             | 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・令和                        | 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      | 研修プログラム番号                    |   |  |   | 研修プログラムの名称 |   |    |   |  |  |  |
|                                |                              |   |  |   |            |   |    |   |  |  |  |
| 研修開始年月日                        | 平成・令和                        | 年 |  | 月 |            | 日 | 開始 |   |  |  |  |
| 研修修了年月日                        | 平成・令和                        | 年 |  | 月 |            | 日 | 修了 |   |  |  |  |
| 臨床研修を行った<br>臨床研修施設<br>施設番号及び名称 | 単独型／管理型臨床研修施設                |   |  |   |            |   |    |   |  |  |  |
|                                | 施設番号                         |   |  |   | 臨床研修施設の名称  |   |    |   |  |  |  |
|                                |                              |   |  |   |            |   |    |   |  |  |  |
|                                | 協力型（Ⅰ）／協力型（Ⅱ）臨床研修施設（※該当ある場合） |   |  |   |            |   |    |   |  |  |  |
|                                | 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研修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研修プログラム及び当該研修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。

令和 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 5 年 6 月 14 日<br>(平成)                                    |                                     |
| 歯科医籍登録                          | ※ 歯科医籍に登録された日付けを記入してください。<br>(歯科医師国家試験合格日ではありません) 987654 号 |                                     |
| 歯科医籍登録                          | 3 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       | 研修プログラム番号<br>0 5 9 0 9 0 1 0 1                             | 研修プログラムの名称<br>○○病院歯科医師臨床研修プログラム     |
| 研修開始年月日                         | 平成 2 年 4 月 1 日 開始                                          |                                     |
| 研修修了年月日                         | 令和 3 年 3 月 31 日 修了                                         |                                     |
| 臨床研修を行った<br>臨床研修施設の<br>施設番号及び名称 | 単独型／管理型臨床研修施設                                              |                                     |
|                                 | 施設番号<br>0 5 9 0 9 0                                        | 臨床研修施設の名称<br>医療法人○○会 ○○病院           |
|                                 | 協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設（※該当ある場合）                               |                                     |
|                                 | 施設番号<br>0 5 0 0 0 2                                        | 臨床研修施設の名称<br>医療法人○○会 ○○歯科・小児歯科クリニック |
| 研修修了<br>場合にはその施設番号及び名称          | 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。

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。

令和4年3月31日

○○病院 院長

○ ○ ○ ○

○○病院研修管理委員会委員長

○ ○ ○ ○

## 【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（Ⅰ）／協力型（Ⅱ）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<br>臨床研修施設の<br>施設番号及び名称 | 単独型/管理型臨床研修施設                |   |   |   |   |   |              |  |  |  |  |  |
|                                 | 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（Ⅰ）／協力型（Ⅱ）臨床研修施設（※該当ある場合） |   |   |   |   |   |              |  |  |  |  |  |
|                                 |                              |   |   |   |   |   |              |  |  |  |  |  |
|                                 | 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     |                              |   |   |   |   |   |              |  |  |  |  |  |