

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和2年 4月 30日

都道府県知事 殿

病院名 社会福祉法人^{恩賜}財団^{財団}済生会支部福岡県済生会二日市病院
開設者 社会福祉法人^{恩賜}財団^{財団}済生会支部福岡県済生会
支部長 金納 文彦 印

医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成14年厚生労働省令第158号）第12条に基づき、年次報告書を提出いたします。

また、併せて、同省令第9条に基づき、1. 研修プログラムの変更、2. 研修プログラムの新設を届け出ます。（研修プログラムを変更する場合には「1. 研修プログラム変更」に、研修プログラムを新設する場合には「2. 研修プログラムの新設」に○をつけてください。）

1. 基幹型臨床研修病院 2. 協力型臨床研修病院 （報告又は届出を行う臨床研修病院の型の番号に○をつけてください。）

- ・項目番号1から25までについては、年次報告において記入してください。
- ・研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号26から36までについても記入してください。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 1 ー

病院施設番号： 032313

臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

記入日：西暦 2020 年 4 月 30 日

病院施設番号 <small>(基幹型、協力型記入)</small> 既に番号を取得している臨床研修病院については 病院施設番号を記入してください。	032313	臨床研修病院群の名称 <small>(基幹型、協力型記入)</small> 既に臨床研修病院群番号を有している臨床 研修病院群については、番号も記入し てください。	名称 福岡県済生会二日市病院臨床 研修病院群 番号
作成責任者の氏名及び連絡先 <small>(基幹型、協力型記入)</small> 本報告書の問合せに対して回答できる作成 責任者について記入してください。	フリガナ ハヤシ アツミ 氏名(姓) (名) 林 克美	役職 診療支援室 室長 (内線 4889) (直通電話 (092) 923—1551) e-mail : s-futsu6@saiseikai-futsukaichi.org (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 病院の名称 <small>(基幹型、協力型記入)</small>	フリガナ シャカイフクシウジン オンザ イダン サイケイシブ フクオケンサイケイフツカイチビョウイン 社会福祉法人 ^{恩賜財団} 済生会支部 福岡県済生会二日市病院		
2. 病院の所在地及び二次医 療圏の名称 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	〒 8 1 8 8 5 1 6 (福岡 都・道・府・県) 筑紫野市湯町三丁目 13 番 1 号 電話 : (092) 923—1551 FAX : (092) 924—5210 二次医療圏 の名称 : 筑紫		
3. 病院の開設者の氏名 (法 人の名称) <small>(基幹型・協力型記入)</small>	フリガナ シャカイフクシウジン オンザ イダン サイケイシブ フクオケンサイケイ シブ チョウ キノウ フミヒコ 社会福祉法人 ^{恩賜財団} 済生会支部福岡県済生会 支部長 金納 文彦		
4. 病院の開設者の住所 (法 人の主たる事務所の所在 地) <small>(基幹型・協力型記入)</small>	〒 1 0 8 0 0 7 3 (東京 都・道・府・県) 港区三田 1 丁目 4 番 28 号 電話 : (03) 3454—3311 FAX : (03) 3454—5576		
5. 病院の管理者の氏名 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	フリガナ カムラ 姓 壁村	テツハイ 名 哲平	
6. 研修管理委員会の構成員の氏名 及び開催回数 <small>(基幹型記入)</small>	* 別紙 1 に記入 研修管理委員会のすべての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。		
7. 病院群の構成等 <small>(基幹型記入)</small>	* 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。		
8. 病院のホームページアドレス <small>(基幹型・協力型記入)</small>	http:// www.saiseikai-futsukaichi.org		

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 2 －

病院施設番号： 032313

臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

		※
9. 医師（研修医を含む。）の員数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		常勤： 55名、非常勤（常勤換算）： 13.8名 計（常勤換算）： 68.8名、医療法による医師の標準員数： 20.4名 * 研修医の氏名等について様式3に記入
10. 救急医療の提供の実績 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	救急病院認定の告示	告示年月日：西暦 2020年3月10日、告示番号：第 3708号
	医療計画上の位置付け	1. 初期救急医療機関 (2.) 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	(1.) 有 (219.530) m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 8,307 件（うち診療時間外： 6,076 件） 1日平均件数： 22.7 件（うち診療時間外： 16.6 件） 救急車取扱件数： 3,425 件（うち診療時間外： 1,592 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 3名、看護師及び准看護師： 2名
	指導を行う者の氏名等	* 別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科	内科系 (1.) 有 0. 無) 外科系 (1.) 有 0. 無) 小児科 (1. 有 (0.) 無)
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） <small>（基幹型・協力型記入）</small>		1. 一般： 260 床、2. 精神： _____ 床、3. 感染症： _____ 床 4. 結核： _____ 床、5. 療養： _____ 床
12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		* 別紙2に記入
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） <small>（基幹型・協力型記入）</small>		1. 一般： 13.3 日、2. 精神： _____ 日、3. 感染症： _____ 日 4. 結核： _____ 日、5. 療養： _____ 日
14. 前年度の分娩件数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		正常分娩件数： _____ 件、異常分娩件数： _____ 件
15. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	開催回数	前年度実績： 2 回、今年度見込： 3 回 ※報告・届出病院の主催の下に開催した回数を記載
	指導を行う病理医の氏名等	* 別紙4に記入
	剖検数	前年度実績： 1 件、今年度見込： 1 件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 (1.) 有 0. 無 (_____) 大学、(_____) 病院 <small>無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。</small>
16. 研修医のための宿舎及び研修医室の有無 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	研修医の宿舎	1. 有（単身用： _____ 戸、世帯用： _____ 戸） (0.) 無（住宅手当：27,000円） <small>有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。</small>
	研修医室	(1.) 有 (1 室) 0. 無 <small>有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。</small>
17. 図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境及び医学教育用機材の整備状況 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	図書室の広さ	(35.550) m ²
	医学図書数	国内図書： 10400 冊、国外図書： 1770 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 114 種類、国外雑誌： 39 種類
	図書室の利用可能時間	0:00 ~ 24:00 24時間表記
	文献データベース等の利用環境	Medline等の文献データベース (1.) 有 0. 無)、教育用コンテンツ (1.) 有 0. 無)、 その他 (_____) 利用可能時間 (0:00 ~ 24:00) 24時間表記
	医学教育用機材の整備状況	医学教育用シミュレーター (1.) 有 0. 無)、 その他 (_____)

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 3 ー

病院施設番号： 032313

臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

18. 病歴管理体制 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	病歴管理の責任者の氏名及び役職	フリガナ イノエ シン 氏名(姓) 井上 (名) 伸一 役職 診療情報管理課 課長補佐		
	診療に関する諸記録の管理方法	① 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に:)		
	診療録の保存期間	(11) 年間保存		
	診療録の保存方法	① 文書 ② 電子媒体 その他(具体的に:)		
19. 医療安全管理体制 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	安全管理者の配置状況	① 有 (26 名) 0. 無 <small>有を選択した場合には、安全管理者の人数を記入してください。</small>		
	安全管理部門の設置状況	職員：専任 (1) 名、兼任 (36) 名 主な活動内容：例)「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等		
	患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況	患者相談窓口の責任者の氏名等： フリガナ アヤギ 加エ 氏名(姓) 青柳 (名) 一枝 役職 地域医療連携室 室長代行 対応時間 (8:30 ~ 17:00) 24時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無： ① 有 0. 無		
	医療に係る安全管理のための指針の整備状況	① 有 0. 無 指針の主な内容：安全管理の具体的な推進方策医療安全管理委員会およびその他の組織に関する基本的事項		
	医療に係る安全管理委員会の開催状況	年 (12) 回 活動の主な内容：活動の主な内容：安全な医療サービスを提供する為に情報共有と事故防止対策と体制を確立		
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年 (2) 回 研修の主な内容：医療安全を効果的に実践するための知識を習得		
	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	医療機関内における事故報告等の整備： ① 有 0. 無 その他の改善のための方策の主な内容：患者間違いを防ぐための3ヶ条・医療安全3本柱		
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	修了： 3 名 中断： 0 名			
21. 現に受け入れている研修医の数 <small>(基幹型・協力型記入)</small>		前々年度	前年度	当該年度
	1 年	3	2	2
	2 年	0	3	2
22. 受入可能定員 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	許可病床数(歯科の病床数を除く。)から算出	許可病床数 (260) 床 ÷ 10 = (26) 名		
	患者数から算出	年間入院患者数 () 人 ÷ 100 = () 名		
23. 当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。	○ 派遣実績 募集定員加算 0 名 名 ※ 募集定員加算の人数は、報告・届出年度の翌年度の募集定員を算出する際に用いる医師派遣等の加算人数を記入すること。(記入要領 25 を参照) ○ 地域医療対策協議会等の意向の把握 (有 ・ 無) ※ 該当する方を○で囲むこと。			

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 4 ー

病院施設番号： 032313 臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。		※																																																																								
24. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) <small>精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。</small>		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">1. 精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名）</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">2. 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名）</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">3. 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">9. その他の精神科技術職員： _____名（常勤： 名、非常勤： 名）</td> </tr> </table>	1. 精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名）	2. 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名）	3. 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名）	9. その他の精神科技術職員： _____名（常勤： 名、非常勤： 名）																																																																				
1. 精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名）																																																																										
2. 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名）																																																																										
3. 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名）																																																																										
9. その他の精神科技術職員： _____名（常勤： 名、非常勤： 名）																																																																										
25. 第三者評価の受審状況 (基幹型記入)		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">1. 有（評価実施機関名： _____（年 月 日））</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">① 無</td> </tr> </table> <small>有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。</small>	1. 有（評価実施機関名： _____（年 月 日））	① 無																																																																						
1. 有（評価実施機関名： _____（年 月 日））																																																																										
① 無																																																																										
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。																																																																										
26. 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) <small>プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。</small>		研修プログラムの名称：福岡県済生会二日市病院臨床研修病院群における臨床研修プログラム プログラム番号： 032313201																																																																								
27. 研修医の募集定員 (基幹型記入)		1年次： 2名、2年次： 2名																																																																								
28. 研修医の募集及び採用の方法 (基幹型記入)	研修プログラムに関する問い合わせ先	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">フリガナ</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">ハヤシ</td> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">アツミ</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">氏名（姓）</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">（名）</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px; text-align: center;">林</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px; text-align: center;">克美</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">所属</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">役職</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">診療支援室</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">室長</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">電話：(092) 923—1551 F A X：(092) 924—5210</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">e-mail：s-futsu6@saiseikai-futsukaichi.org</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">URL：http:// www.saiseikai-futsukaichi.org</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">資料請求先</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">住所</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">〒 8 1 8 — 8 5 1 6 （ 福 岡 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 ）</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">筑紫野市湯町三丁目 13 番 1 号</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">担当部門</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">担当者氏名</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">フリガナ ハヤシ</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">アツミ</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">姓</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">名</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px; text-align: center;">林</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px; text-align: center;">克美</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">電話：(092) 923—1551 F A X：(092) 924—5210</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">e-mail：s-futsu6@saiseikai-futsukaichi.org</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;">URL：http:// www.saiseikai-futsukaichi.org</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">募集方法</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">① 公募 2. その他（具体的に： _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">応募必要書類 (複数選択可)</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">① 履歴書、② 卒業(見込み)証明書、③ 成績証明書、 4. 健康診断書、5. その他（具体的に： _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">選考方法 (複数選択可)</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">① 面接 2. 筆記試験 その他（具体的に： _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">募集及び選考の時期</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">募集時期： 6月 1日頃から 選考時期： 7月 20日頃から</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">マッチング利用の有無</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">① 有 0. 無</td> </tr> </table>	フリガナ	ハヤシ	アツミ	氏名（姓）	（名）			林	克美	所属	役職		診療支援室	室長		電話：(092) 923—1551 F A X：(092) 924—5210			e-mail：s-futsu6@saiseikai-futsukaichi.org			URL：http:// www.saiseikai-futsukaichi.org			資料請求先	住所			〒 8 1 8 — 8 5 1 6 （ 福 岡 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 ）			筑紫野市湯町三丁目 13 番 1 号			担当部門	担当者氏名			フリガナ ハヤシ			アツミ		姓	名		林	克美		電話：(092) 923—1551 F A X：(092) 924—5210			e-mail：s-futsu6@saiseikai-futsukaichi.org			URL：http:// www.saiseikai-futsukaichi.org		募集方法	① 公募 2. その他（具体的に： _____）		応募必要書類 (複数選択可)	① 履歴書、② 卒業(見込み)証明書、③ 成績証明書、 4. 健康診断書、5. その他（具体的に： _____）		選考方法 (複数選択可)	① 面接 2. 筆記試験 その他（具体的に： _____）		募集及び選考の時期	募集時期： 6月 1日頃から 選考時期： 7月 20日頃から		マッチング利用の有無	① 有 0. 無	
フリガナ	ハヤシ	アツミ																																																																								
氏名（姓）	（名）																																																																									
	林	克美																																																																								
所属	役職																																																																									
診療支援室	室長																																																																									
電話：(092) 923—1551 F A X：(092) 924—5210																																																																										
e-mail：s-futsu6@saiseikai-futsukaichi.org																																																																										
URL：http:// www.saiseikai-futsukaichi.org																																																																										
資料請求先	住所																																																																									
	〒 8 1 8 — 8 5 1 6 （ 福 岡 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 ）																																																																									
	筑紫野市湯町三丁目 13 番 1 号																																																																									
	担当部門	担当者氏名																																																																								
		フリガナ ハヤシ																																																																								
		アツミ																																																																								
	姓	名																																																																								
	林	克美																																																																								
	電話：(092) 923—1551 F A X：(092) 924—5210																																																																									
	e-mail：s-futsu6@saiseikai-futsukaichi.org																																																																									
	URL：http:// www.saiseikai-futsukaichi.org																																																																									
募集方法	① 公募 2. その他（具体的に： _____）																																																																									
応募必要書類 (複数選択可)	① 履歴書、② 卒業(見込み)証明書、③ 成績証明書、 4. 健康診断書、5. その他（具体的に： _____）																																																																									
選考方法 (複数選択可)	① 面接 2. 筆記試験 その他（具体的に： _____）																																																																									
募集及び選考の時期	募集時期： 6月 1日頃から 選考時期： 7月 20日頃から																																																																									
マッチング利用の有無	① 有 0. 無																																																																									

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 5 －

病院施設番号： 032313

臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

<p>29. 研修プログラムの名称及び概要 (基幹型記入)</p>	<p>概要：* 別紙3に記入 (作成年月日：西暦 2019年 4月 1日)</p>				
<p>30. プログラム責任者の氏名等(副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等) (基幹型記入)</p> <p>* プログラム責任者の履歴を様式2に記入 * 副プログラム責任者が配置されている場合には、副プログラム責任者の履歴を様式2に記入</p>	<p>(プログラム責任者) フリガナ ミヤガワ ムネオ 氏名(姓) 宮川 氏名(名) 貴圭 所属 麻酔科 役職 診療統括部長 (副プログラム責任者) 1. 有()名 <input checked="" type="radio"/> 無</p>				
<p>31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等 (基幹型記入)</p> <p>すべての臨床研修指導医等(協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。)について氏名等を記入してください。</p>	<p>* 別紙4に記入</p>				
<p>32. インターネットを用いた評価システム</p>	<p><input checked="" type="radio"/> 有(<input checked="" type="radio"/> EPOC)・その他()) <input type="radio"/> 無</p>				
<p>33. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)</p>	<p>西暦 2021年 4月 1日</p>				
<p>34. 研修医の処遇 (基幹型・協力型記入)</p>	<p>1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 病院独自の処遇とする。</p> <p>常勤・非常勤の別 <input checked="" type="radio"/> 常勤 2. 非常勤</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px dashed black;"> <p>研修手当</p> <p>一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(300,000 円) 賞与/年(300,000 円)</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p>二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(310,000 円) 賞与/年(310,000 円)</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>時間外手当: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 休日手当: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p> </td> </tr> </table> <p>勤務時間 基本的な勤務時間(8:30 ~ 17:10) 24時間表記 休憩時間(12:30~13:30) 時間外勤務の有無: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p> <p>休暇 有給休暇(1年次: 15日、2年次: 20日) 夏季休暇 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 年末年始 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 その他休暇(具体的に:)</p> <p>当直 回数(約 4回/月)</p> <p>研修医の宿舍(再掲) 1. 有(単身用: 戸、世帯用: 戸) <input checked="" type="radio"/> 無(住宅手当: 円) <small>有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。</small></p> <p>研修医室(再掲) <input checked="" type="radio"/> 有(1室) <input type="radio"/> 無 <small>有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。</small></p> <p>社会保険・労働保険 公的医療保険(全国健康保険協会) 公的年金保険(厚生年金) 労働者災害補償保険法の適用 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無、 国家・地方公務員災害補償法の適用(1. 有 <input checked="" type="radio"/> 無) 雇用保険 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p> <p>健康管理 健康診断(年 1回) その他(具体的に 深夜業務及び放射線業務者は6ヶ月に1回)</p> <p>医師賠償責任保険の扱い 病院において加入 <input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> しない 個人加入(1. 強制 <input checked="" type="radio"/> 任意)</p> <p>外部の研修活動 学会、研究会等への参加: <input checked="" type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p>	<p>研修手当</p> <p>一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(300,000 円) 賞与/年(300,000 円)</p>	<p>二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(310,000 円) 賞与/年(310,000 円)</p>	<p>時間外手当: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 休日手当: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p>	
<p>研修手当</p> <p>一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(300,000 円) 賞与/年(300,000 円)</p>	<p>二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(310,000 円) 賞与/年(310,000 円)</p>				
<p>時間外手当: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 休日手当: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p>					
<p>35. 研修医手帳 (基幹型記入)</p>	<p><input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p>				
<p>36. 連携状況 (基幹型記入)</p>	<p>* 様式6に記入</p>				

※欄は、記入しないこと。

6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（令和元年度開催回数 4回）

病院施設番号： 032313

臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

氏名		所属	役職	備考
ミヤガワ ヨシカド		福岡県済生会二日市病院	診療統括部長	研修管理委員長 研修実施責任者 研修プログラム責任者 指導医
宮川	貴圭			
オガワ アツシ		福岡大学筑紫病院	副病院長 診療部長	研修実施責任者
小川	厚			
ヤツサカ トモミ		福岡県済生会福岡総合病院	小児科主任部長	研修実施責任者
八坂	知美			
コジマ キョウジ		福岡県立精神医療センター太宰府病院	院長	研修実施責任者
小嶋	享二			
マツオ ヒデキ		筑紫野太宰府消防組合消防本部	消防正監	研修実施責任者
松尾	秀樹			
サカイ クニヒロ		福岡県済生会福岡総合病院	産婦人科主任部長	研修実施責任者
坂井	邦裕			
タカモリ シンゾウ		久留米大学病院	教授	研修実施責任者
高森	信三			
スギ ユウスケ		杉病院	副院長	研修実施責任者
杉	雄介			
モミイ ヒデトシ		樋口病院	副院長	研修実施責任者
靱井	英利			
カベムラ テッペイ		福岡県済生会二日市病院	院長	施設管理者
壁村	哲平			

病院施設番号： 032313

臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

氏名		所属	役職	備考
スエヤス ヨシコ		福岡県済生会二日市病院	副院長	臨床研修指導医
末安	禎子			
カドカミ トシアキ		福岡県済生会二日市病院	副院長	臨床研修指導医
門上	俊明			
ヤスナガ マサフミ		福岡県済生会二日市病院	副院長	臨床研修指導医
安永	昌史			
イシイ ヒデヒロ		福岡県済生会二日市病院	副院長	臨床研修指導医
石井	英博			
カワバタ マサヒロ		福岡県済生会二日市病院	外科主任部長	臨床研修指導医
川畑	方博			
ミヤザキ ヒロコ		福岡県済生会二日市病院	副看護部長	
宮崎	裕子			
ヨコオ ケンジョウ		福岡県済生会二日市病院	薬剤部部长	
横尾	賢乗			
カワナミ ヤスオ		福岡県済生会二日市病院	事務部長	事務部門の責任者
川浪	泰男			
ハヤシ アツミ		福岡県済生会二日市病院	診療支援室室長	
林	克美			
ナカオ ヤスシ		第一薬科大学	教授	外部委員
中尾	泰史			

※ 1 ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

12. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：福岡県済生会二日市病院
 病院施設番号：032313

区 分	内 科	救急部門	外 科	麻酔科 (部門)	小児科	産婦人科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数	3577 (-)	()	2310 (-)			()	()									5887 (-)
年間新外来患者数	10588		4854													15442
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	214.0 (292)	()	95.1 (292)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数	12.0		14.7													
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	28 (12)	()	19 (10)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	47 (22)

※ 「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。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

※ 基幹型指定申請においては、内科及び救急部門に係る患者の症例リストを添付すること。（様式任意）

12. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和3年度分)		臨床研修病院の名称：福岡県済生会二日市病院												
		病院施設番号：032313												
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
福岡県済生会二日市病院	内科	2	2	2			2	2	2					
九州大学病院	内科	2	2	2			2	2	2					
福岡県済生会二日市病院	救急部門				2	2								
九州大学病院	救急部門				2	2								
福岡県済生会二日市病院	外科									2				
九州大学病院	外科									2				
福岡県済生会二日市病院	麻酔科										2			
九州大学病院	麻酔科										2			
福岡県済生会二日市病院	一般外来					2								

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

12. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和4年度分)		臨床研修病院の名称：福岡県済生会二日市病院												
		病院施設番号：032313												
基幹型病院名	担当分野	1~ 4週	5~ 8週	9~ 12週	13~ 16週	17~ 20週	21~ 24週	25~ 28週	29~ 32週	33~ 36週	37~ 40週	41~ 44週	45~ 48週	49~ 52週
福岡県済生会二日市病院	内科	2	2	2			2	2	2					
九州大学病院	内科	2	2	2			2	2	2					
福岡県済生会二日市病院	救急部門				2	2								
九州大学病院	救急部門				2	2								
福岡県済生会二日市病院	外科									2				
九州大学病院	外科									2				
福岡県済生会二日市病院	麻酔科										2			
九州大学病院	麻酔科										2			
福岡県済生会二日市病院	一般外来					2								

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

29. 研修プログラムの名称及び概要

プログラム番号： 032313201

病院施設番号： 032313

臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

臨床研修病院群番号： 0323132

臨床研修病院群名： 福岡県済生会二日市病院臨床研修病院群

プログラム番号、病院施設番号及び臨床研修病院群番号は、既に取得されている場合に記入してください。

1. 研修プログラムの名称	福岡県済生会二日市病院臨床研修病院群における臨床研修プログラム				
2. 研修プログラムの特色	年間 3000 台前後の救急車と近隣の医院・病院からの数多くの紹介患者を受け入れている地域の二次救急病院で、Common disease から重症救急症例まで豊富な症例をもとに、少人数の研修医を徹底してトレーニングしていく。				
3. 臨床研修の目標の概要	1：的確な幅広い診断能力の取得。2：自分で対応できるものは的確に対応し、自分又は自院で処置できないと判断するものは直ちに適切な部署にコンサルトし患者さんに最高の結果をもたらすことのできる能力の育成。3：患者・患者家族・院内・地域を含むチームで医療を行う態度の育成。				
4. 研修期間	(2) 年 (原則として、「2年」と記入してください。)				
備考	研修後そのまま専門研修に入り3年以上研修可能な病院は、その旨を記入してください。				
5. 臨床研修を行う分野	研修分野ごとの病院又は施設 (研修分野ごとの研修期間) * 同一の研修分野について複数の病院又は施設で研修を行う場合には、適宜欄を分割してすべての病院又は施設の名称 (病院施設番号) を記入してください。 * 研修期間は、研修分野ごとに週単位で記入してください。各研修分野におけるプログラムの詳細は備考欄に記入してください。 * 選択科目については、その診療科を選択した場合の病院又は施設等を記入してください。				
	病院施設番号	病院又は施設の名称	研修期間	内一般外来	
(記入例) x x 科	1234567	〇〇 病院	〇週	〇週	
必修科目・分野	内科	032313	福岡県済生会二日市病院	24週	0週
	救急部門	032313	福岡県済生会二日市病院	8週	
	地域医療		医療法人文杏会 杉病院	6週	一般外来 2週
	地域医療		医療法人春成会 樋口病院		在宅診療 4週
	外科	032313	福岡県済生会二日市病院	4週	0週
	小児科	030695	福岡大学筑紫病院	4週	0週
	小児科	030698	久留米大学病院		
	産婦人科	030698	久留米大学病院	4週	
	産婦人科	030692	福岡県済生会福岡総合病院		
	精神科	030940	福岡県立精神医療センター 一太宰府病院	4週	
	一般外来	032313	福岡県済生会二日市病院	2週	
病院で 定めた 必修 科目	救急部門 (麻酔)	032313	福岡県済生会二日市病院	4週	週
					週
					週
					週

選択 科目	内科	032313	福岡県済生会二日市病院	4週	0週
	外科	032313	福岡県済生会二日市病院	4週	0週
	麻酔科	032313	福岡県済生会二日市病院	4週	
	放射線科	032313	福岡県済生会二日市病院	4週	
	内科	030698	久留米大学病院	4週	0週
	外科	030698	久留米大学病院	4週	0週
	救急部門	076684	筑紫野太宰府消防組合消 防本部	1週	

備考：基幹型臨床研修病院での研修期間・・・最低 52 週 ※原則として、52 週以上行うことが望ましい。
臨床研修協力施設での研修期間・・・最大 12 週 ※原則として、12 週以内であること。ただしへき地・離島診療所等の研修期間が含まれる場合はこの限りでは無い。
研修プログラムに規定された 4 週以上のまとまった救急部門の研修を行った後に救急部門
の研修としてみなす休日・夜間の当直回数・・・約 36 回
救急部門（必修）における麻酔科の研修期間・・・4 週※但し、4 週を上限とする
一般外来の研修を行う診療科・・・内科 ※地域医療の中での在宅診療を一般外来の欄に記載すること

プログラム番号、病院施設番号及び臨床研修病院群番号

病院施設番号： 032313

臨床研修病院の名称：福岡県済生会二日市病院

は、既取得されている場合に記入してください。

臨床研修病院群番号：

臨床研修病院群名：福岡県済生会二日市病院臨床研修病院群

6. 研修スケジュール (一年次) 二年次：いずれかに○

プログラム番号

臨床研修開始週を基準に各週の研修人数を記入してください。*1

(No. 1)

病院又は施設の名称 (病院施設番号)	研修分 野*2	1~ 4週	5~ 8週	9~ 12週	13~ 16週	17~ 20週	21~ 24週	25~ 28週	29~ 32週	33~ 36週	37~ 40週	41~ 44週	45~ 48週	49~ 52週
凡例 ○×病院 (○×○×○×)	内科	5												
凡例 ▲■病院 (▲■▲■▲■)	外科	3												
凡例 △□病院 (△□△□△□)	外科			3										
福岡県済生会二日市 病院(032313)	内科	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
福岡県済生会二日市 病院(032313)	救急部 門				2	2	2	2	2	2				
福岡県済生会二日市 病院(032313)	外科									2	2	2	2	
福岡県済生会二日市 病院(032313)	救急部門 (麻酔)										2	2	2	2
福岡県済生会二日市 病院(032313)	選択											2	2	2
													2	2
														2
														2
														2
														2
														2
														2
														2
														2
														2
														2

* 1：臨床研修病院群における臨床研修で、1つの研修プログラムの中で研修医によって研修を行う研修分野の順番が異なる研修方法（たすきがけ方式等）を採用する場合は、当該研修プログラムの研修分野並びに当該分野の研修を行う病院又は施設の名称及び研修期間を本用紙に記入した上で、研修分野の順番のパターンごとに研修スケジュールを別葉に記入すること。また、同様の研修プログラムが複数存在する場合は、すべての研修プログラムを1枚にまとめたものを添付すること。

* 2：「研修分野」欄には、「5. 臨床研修を行う分野」欄に記入した研修分野を記入すること。

* 3：選択科目の研修分野の各月の研修人数については、病院ごとの研修医の受入予定の中で考えられる最大の受入数を記入すること。

プログラム番号、病院施設番号及び臨床研修病院群番号	病院施設番号： 032313	臨床研修病院の名称：福岡県済生会二日市病院
は、既に取得されている場合に記入してください。	臨床研修病院群番号：	臨床研修病院群名：福岡県済生会二日市病院臨床研修病院群

6. 研修スケジュール（一年次 **二年次**：いずれかに○） プログラム番号 _____

臨床研修開始週を基準に各週の研修人数を記入してください。*1 (No. 1)

病院又は施設の名称 (病院施設番号)	研修分野 *2	1~	5~	9~	11~	17~	21~	25~	29~	33~	37~	41~	45~	49~
		4週	8週	12週	16週	20週	24週	28週	32週	36週	40週	44週	48週	52週
福岡大学筑紫病院(030695)	小児科											2	2	2
久留米大学病院(030698)	小児科											2	2	2
久留米大学病院(030698)	産婦人科		2	2	2	2								
福岡県済生会福岡総合病院	産婦人科													
福岡県立精神医療センター 太宰府病院 (030940)	精神科								2	2	2	2		
医療法人文杏会 杉病院	地域医療					2	2	2	2	2	2			
医療法人春成会 樋口病院	地域医療													
福岡県済生会二日市病院 (032313)	一般外来					2	2							
福岡県済生会二日市病院 (032313)	選択	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
久留米大学病院(030698)	選択													
筑紫野太宰府消防組合消防 本部(076684)	選択													

* 1 : 臨床研修病院群における臨床研修で、1つの研修プログラムの中で研修医によって研修を行う研修分野の順番が異なる研修方法（たすきがけ方式等）を採用する場合は、当該研修プログラムの研修分野並びに当該分野の研修を行う病院又は施設の名称及び研修期間を本用紙に記入した上で、研修分野の順番のパターンごとに研修スケジュールを別葉に記入すること。また、同様の研修プログラムが複数存在する場合は、すべての研修プログラムを1枚にまとめたものを添付すること。

* 2 : 「研修分野」欄には、「5. 臨床研修を行う分野」欄に記入した研修分野を記入すること。

* 3 : 選択科目の研修分野の各月の研修人数については、病院ごとの研修医の受入予定の中で考えられる最大の受入数を記入すること。

3 1. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等

病院施設番号： 032313

臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験 有：○ 無：×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医（指導医）
内科	壁村 哲平	福岡県済生会 二日市病院	院長	37年	○	平成18年度（第3回） 全国済生会臨床研修 指導医のためのワー クショップ受講済等		3、4
内科	黒木 淳一	福岡県済生会 二日市病院	部長	23年	○	第40回全国済生会臨 床研修指導医のため のワークショップ受 講済等		4
内科	石井 英博	福岡県済生会 二日市病院	副院長	34年	○	平成20年度日本医師 会「指導医のための教 育ワークショップ」 （福岡県医師会主催） 受講済等		4
内科	末安 禎子	福岡県済生会 二日市病院	副院長	32年	○	平成19年度久留米大 学病院指導医講習会 受講済等		4
内科	西山 守	福岡県済生会 二日市病院	診療統括部長	23年	○	平成15年度久留米大 学病院指導医講習会 受講済		4
内科 一般外来	門上 俊明	福岡県済生会 二日市病院	副院長	28年	○	平成19年度（第6回） 全国済生会臨床研修 指導医のためのワー クショップ受講済等		4
内科	中村 亮	福岡県済生会 二日市病院	部長	24年	○	平成21年度（第5回） 全国済生会臨床研修 指導医のためのワー クショップ受講済等		4
内科	井上 敬測	福岡県済生会 二日市病院	部長	19年	○	平成23年度（第8回） 国際医療福祉大学・高 邦会グループ指導医 講習会受講済等		4

病院施設番号： 032313

臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験 有：○ 無：×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医 (指導医)
内科	西 淳一郎	福岡県済生会 二日市病院	部長	19年	○	平成 21 年度九州大学 病院指導医講習会受 講済 等		4
内科	水田 滋久	福岡県済生会 二日市病院	医長	7年	○	令和元年度全国済生 会臨床研修指導医の ためのワークショップ 受講済 等		4
外科	安永 昌史	福岡県済生会 二日市病院	副院長	29年	○	平成 17 年度久留米大 学病院指導医講習会 受講済 等		3、4
外科	川畑 方博	福岡県済生会 二日市病院	部長	25年	○	平成 22 年度九州大学 病院指導医講習会受 講済 等		4
外科	成富 一哉	福岡県済生会 二日市病院	部長	23年	○	平成 18 年度福岡大学 病院指導医講習会受 講済 等		4
外科	北里 雄平	福岡県済生会 二日市病院	部長	16年	○	平成 24 年度(第18回) 久留米大学病院指導 医講習会受講済 等		4
外科	北城 梓	福岡県済生会 二日市病院	部長	13年	○	平成 26 年度日本病院 会指導医講習会受講 済 等		4
外科	村里 由崇	福岡県済生会 二日市病院	医長	11年	○	令和元年度全国済生 会臨床研修指導医の ためのワークショップ 受講済 等		4
外科	藤村 直子	福岡県済生会 二日市病院	部長	26年	○	平成 19 年度(第7回) 全国済生会臨床研修 指導医のためのワー クショップ受講済 等		4

病院施設番号： 032313

臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験 有：○ 無：×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医 (指導医)
外科	川口 義弘	福岡県済生会 二日市病院	医長	9年	○	平成28年度(第25回)久留米大学病院指導医講習会受講済等		4
内科	岩本 良二	福岡県済生会 二日市病院	部長	19年	○	平成21年度久留米大学病院指導医講習会受講済等		4
麻酔・救急	宮川 貴圭	福岡県済生会 二日市病院	診療統括部長	24年	○	平成19年度久留米大学病院指導医講習会受講済等		1、3、4
麻酔	前田 祥範	福岡県済生会 二日市病院	部長	21年	○	平成27年度動法人VHJ機構指導医講習会受講済等		4
救急	吉山 直政	福岡県済生会 二日市病院	医長	10年	○	地域医療振興協会地域医療研修センター指導医講習会受講済		4
病理	矢野 博久	福岡県済生会 二日市病院	医員	36年	×			

※ 「担当分野」欄には、様式10別紙3の臨床研修を行う分野及び病理（CPC）を記入すること。

※ 「所属」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が所属する病院又は施設の名称を記入すること。

※ 「資格等」欄には、受講した指導医講習会名称や、取得した専門医資格等について記入すること。

※ 「プログラム番号」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が担当するすべてのプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること）。

※ プログラム責任者、副プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にそれぞれに応じた番号を記入し、併せてプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること）。

* 研修実施責任者・・・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、当該施設における臨床研修の実施を管理する者

* 臨床研修指導医（指導医）・・・研修医に対する指導を行う医師であり、7年（84月）以上の臨床経験及び指導医養成講習会等の受講経験を有する者

※ 地域医療重点プログラムにおいては、地域医療の指導医を必ず記載すること

※ 欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

7. 病院群の構成等

別表

基幹型又は地域密着型病院の名称（所在都道府県）：福岡県済生会二日市病院（福岡県）

基幹型又は地域密着型病院				協力型病院					臨床研修協力施設					研修プログラム	
所在都道府県	二次医療圏	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・削除	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・削除	名称	新規	名称	定員
福岡県	筑紫	(病院施設番号:032313)		福岡県	筑紫		福岡大学筑紫病院 (病院施設番号:030695)		福岡県	筑紫		筑紫野太宰府消防組合消防本部 (病院施設番号:076684)		福岡県済生会二日市病院 臨床研修病院群における 臨床研修プログラム	2
				福岡県	筑紫		福岡県立精神医療センター太宰府病院 (病院施設番号:030940)		福岡県	筑紫		医療法人文杏堂 杉病院 (病院施設番号:191077)			
				福岡県	福岡・糸島		福岡県済生会福岡総合病院 (病院施設番号:030692)		福岡県	筑紫		樋口病院 (病院施設番号:191078)			
				福岡県	久留米		久留米大学病院 (病院施設番号:030698)					(病院施設番号:)			
							(病院施設番号:)					(病院施設番号:)			
							(病院施設番号:)					(病院施設番号:)			
							(病院施設番号:)					(病院施設番号:)			
							(病院施設番号:)					(病院施設番号:)			
							(病院施設番号:)					(病院施設番号:)			

病院群を構成する臨床研修病院及び研修協力施設（病院又は診療所に限る）が同一の二次医療圏又は同一の都道府県を越えている場合は、その理由を以下に記載。

- ※ 該当する項目について、上から病院施設番号順に詰めて記入すること。
- ※ 病院群を構成するすべての基幹型病院、地域密着型病院、協力型病院及び臨床研修協力施設（今回の届出により削除しようとするものを含む。）の所在都道府県、二次医療圏、名称をそれぞれの「所在都道府県」「二次医療圏」、「名称」欄に記入（既に病院施設番号を取得している研修病院等は番号を「名称」欄に記入）した上で、それぞれの施設が新たに臨床研修協力病院（協力施設）となる場合は「新規」欄に「○」を記入し、また、臨床研修病院（協力施設）を追加又は削除する場合にはそれぞれの施設が以前の病院群に追加されるか以前の病院群から削除されるかにより「追加・削除」欄に「追加」又は「削除」を記入すること。
- ※ 当該病院群に係るすべての研修プログラムの名称及び募集定員（自治医科大学卒業生分等マッチングによらないものを含む）を「研修プログラム」欄に記入すること。