

# 指導連携施設内容

西暦 年 月 日

病院の全病床数： 床

- \*消化管に関わる診療科名は全て記入すること（消化管以外の診療科は記載しないで下さい）。
- \*認定条件（病床数）は、消化管関連病床として常時 20 床以上必要。
- \*専門医数は、常勤の本学会胃腸科専門医数とする。
- \*本学会でいう常勤とは週 4 日以上勤務していることを指す。
- \*暫定指導医・暫定専門医の数は記入不要のため数に入れない。

## 1. 診療科および病床数、在勤専門医情報

診療科名	病床数	消化管関連の 病床数	常勤医師数	本学会専門医 制度による 専門医数 (常勤)
例：消化器内科	40	20	6	1
例：外科（消化器外科）	35	20	5	1

## 2. 施設情報（申請日時点）（各項目いずれかに☑を入れて下さい）

1) 中央検査室	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
2) 中央図書室	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
3) 病歴保管施設	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
4) 剖検室	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
5) 消化管に関する定期的教育行事	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

## 3. 指導連携施設の専門医氏名（本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、親施設との連絡責任者を記入すること）

専門医氏名	専門医認定証番号	備考 (事務局記入欄)

- \*専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。
- \*暫定処置による専門医は連絡責任者の専門医としてはカウントできないため、正規の専門医（20 で始まる 10 ケタの認定証番号取得者）の氏名を記入ください。

指導連携施設（病院）名： \_\_\_\_\_

指導連携施設 専門医 署名： \_\_\_\_\_ (印)

\*ここは本申請のために親施設との連絡を担当する専門医の方がご署名ご捺印ください。