|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　付 | No. | 北海道 | 東　北 | 関　東 | 中　部 | 近　畿 | 四　国  中　国・ | 九　州 |
| 年　 月　 日 |

様式2

日本整形外科学会専門医制度による

研修施設認定申請書

令和　　　年　　　月　　　日

　　　日本整形外科学会　御中

当病院を日本整形外科学会専門医制度規則第９条に規定する研修施設として

申請します。

診療施設名

施設長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印

診療施設所在地

〒

電話

ファックス

研修指導にあたる常勤整形外科専門医※

　　　　　　 （責任者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 整形外科専門医資格取得日

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　S・H 年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　整形外科専門医資格取得日

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　S・H 年　　　月　　　日

※複数の場合は代表者2名を記入

令和　　　年　　　月　　　日

施設内容説明書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診　療　科　名 | 病床数 | 常勤医師数 | 診　療　科　名 | 病床数 | 常勤医師数 |
|  |  |  |  |  |  |
| 総病床数・医師数 |  |  |

一般検査室　　　　　（　　有　　　・　　　無　　）

画像検査室 ※あるものに○

　　　　　　　　　　（　ＣＴ、ＭＲＩ、骨量測定機器、RIシンチ、超音波診断装置　）

図　書　室　　　　　（　　有　　　・　　　無　　）

整形外科専門雑誌数　　　　　　誌

整形外科専門書数　　　　　　　　　　　冊

整形外科関連領域書籍・雑誌数　　　　　冊，　　　　誌

※雑誌数は購読している雑誌のタイトル数を記入.

病歴の保管　　　　　（　5年　　6年以上　　永久　）

Ｘ線の保管　　　　　（　5年　　6年以上　　永久　）

1日平均整形外科入院患者数　　　　（　　　名／日　）

年間整形外科手術件数　　　（　　　　　　　　件）

JOANR（日本整形外科外科学会症例レジストリー）への参加　　（　有　　・　　無　）

　主な整形外科手術療法※

※別表を参考に代表的なもの3種類以内を記入

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印