学会認定研修施設 新規申請について

審査は年2回(夏・冬)実施されます。申請書を下記へご郵送ください。 審査結果につきましては、認定証の発送をもって通知させていただきます。 関 中 近 中 四 九 東 畿 国 国 州 部

郵送先:〒113-8418 東京都文京区本郷 2-40-8 公益社団法人日本整形外科学会 専門医資格認定委員会

問い合わせ先:grp_kenshupg@joa.or.jp

こよる

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。

	クリックすると規則に飛びます
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	<u>S・H</u> 年月日
	整形外科専門医資格取得日
氏 名	

※複数の場合は代表者2名を記入

施設内容説明書

		心取鬥	分配明音			
診療科名	病床数	常勤医師数	診 療 科	名	病床数	常勤医師数
		整形外科の	病床数・常勤圏	ミ師数が	分かるように	記載してください
			総病床数・医	三師数		
			(加去) た郊!	マット ノ	マメ 回事ー	ューナーがある場合に
一般検査室	(有 /・	7出立した IP/		ても、凶音- j」としてくた	
画像検査室 ※	%あるものに○					
	(C	T, MRI、骨	量測定機器、]	RI シン	チ、超音波診	》断装置)
図 書 室	(有 •	無)			
		斗専門雑誌数				
		斗専門書数		<u></u> -⊞		
	整形外科	斗関連領域書籍・			· <u></u>	
定歴の伊笠	(=	ケー c 左 N L				のタイトル数を記入.
病歴の保管 X線の保管	(5 ±		永久)	半均	20 名以上が美	条件です
	外科入院患者数		名/日)	平均	100 件以上が	
年間整形外科		(件)			
		、 学会症例レジスト		帥	(有•	無)
主な整形	外科手術療法※					
			OANR への参	加は必須	頁です	
		7.	ただし、その後	の症例	登録は必須で	はありません
※別表を参	*考に代表的なもの	の3種類以内を記	入			
	⇒	療 施 設 名				
	ii/	<u> </u>				
	施	設 長 名				公印