

# 認定施設認定申請書類等

## 大学病院更新用

1. 書類作成上の注意ほか
2. 認定施設認定申請書
3. 関連施設内容説明書兼カリキュラム計画書

### 《施設認定申請書類作成上の注意》

貴施設は大学病院であり、本学会認定施設としての条件を具備していると思われまますので、規則により書類を簡略にします。

ただし、本申請は専門医制度規則第19条、同施設認定施行細則第9条の資格要件のすべてが充足していることを前提として行っていただくものです。

なお、必要が生じた場合には、認定条件をすべて充足しているか否かの実地調査も執り行われますので、申請に当たっては十分ご注意ください。もし、1項目でも該当しないものがあつた場合は、認定不可あるいは認定取り消しとなります。

今回は認定条件のうち、指導体制に関する書類のみ提出していただきますので、下記を参照のうえ、申請書に記載してください。

### 施設認定申請書類作成上の注意

1. 施設の認定は病院単位で行われます。したがって、申請はカリキュラムに関与する診療科別ではなく、病院として行ってください。  
ただし、指導責任者を診療科別に定める方が実情に即している場合は、指導責任者を診療科別に置いてもかまいません。
2. 「消化器外科専門医の修練を行っている医師が所属する診療科」は、指導責任者を出してください。
3. 指導責任者氏名等記入欄に記載する指導医は、上記2. 原則として該当する当該診療科の長とします。  
なお、診療科の長がその資格を欠く場合には、診療科の長に次ぐ有資格者1名を代わりに充ててください（診療科の長が不在の場合も同様）。  
※指導責任者：規則により認定された指導医
4. 診療施設名は簡略せずに、貴病院の正式名称を記載してください。
5. 本申請に関する問い合わせ先、Email アドレスは、本申請書類作成者について記載してください。

※書類は、すべて所定の用紙を用いたうえ、正本(所定の用紙に記載したもの) 1通、副本(捺印を含め、正本をコピーしたもの) 2通を下記宛に提出してください。

また、書類受領書として返送先を明記した郵政はがき(裏白のまま)を同封ください。

### 《施設認定関係書類等の提出および問合せ先》

〒108-0073 東京都港区三田三丁目1番17号 アクシオール三田 6階

日本消化器外科学会 資格認定委員会 宛

問い合わせ先：senmon@jsgs.or.jp

申請締切

公示文参照

認定施設指導責任者 各位

認定施設認定期間満了に伴い、関連施設の登録がある場合には、その関連施設も同様に登録期間満了となります。

つきましては、関連施設の「引き続いての登録」および「新規登録」を希望される場合は、同封書類に必要事項を記載のうえ、更新申請書類と一緒に送付ください。

希望されない場合は、申請認定施設名等を記載のうえ、白紙で送付ください。現在登録のある関連施設の有効期限は本年12月31日までですので、来年1月1日以降も関連施設とされる場合は必ず登録ください。

ただし、関連施設としての条件を欠く場合は登録できません。

診療科ごとに指導責任者を置いている施設（大学病院）は、関連施設も診療科ごとに作成・提出ください。

#### 関連施設の条件

（専門医制度規則指定修練施設認定施行細則第9条第2項）

\* 関連施設として次の各号に定めるすべての要件を必要とする。

- (1) 消化器外科病床が原則として常時20床以上あること。
- (2) 指導医、専門医又は認定医が1人以上常勤していること。
- (3) 病歴の記載及び整理、教育行事等については、原則として認定施設に準ずる。
- (4) 専門医申請者の診療経験に関する実地調査が可能であること。

※ カリキュラム責任者：規則により認定された認定医、専門医又は指導医の中から1名選任する。

※ 記載欄が不足の際は、書類をコピーして使用ください。

受付	No.	
	年 月 日	

### 認定施設認定申請書

(西暦 年 月 日)

日本消化器外科学会  
資格認定委員会 御中

当病院を日本消化器外科学会専門医制度規則および施行細則に規定する指定修練施設として申請します。

病 院 名 \_\_\_\_\_

病院長氏名 \_\_\_\_\_ 公印

所 在 地 〒 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

U R L \_\_\_\_\_

診療科名	指導責任者氏名 (1診療科1名)	指導責任者本人署名・押印 (専門医申請書類の署名押印確認用)
------	------------------	-----------------------------------

\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

本申請に関する問い合わせ先

担当部署: \_\_\_\_\_

担当者氏名: \_\_\_\_\_

担当者Email: \_\_\_\_\_

