

# 認定施設認定申請書類等

## 指定病院更新用

1. 書類作成上の注意ほか
2. 認定施設認定申請書
3. 指導医、専門医ならびに認定医勤務証明書兼カリキュラム計画書
4. 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「適正条件で連続2回以上更新を行った施設」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、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. 指導体制については下記の組合せのみが有効

指導医1名＋指導医・専門医の何れか1名

指導医1名＋認定医2名

指導責任者：指導医の中から1名選任する。

指導医：規則により認定された指導医

専門医：規則により認定された専門医

認定医：規則により認定された認定医

※ 指導体制に加わる医師は、上記資格を有する貴施設の常勤医師でなければならない。この常勤の定義は「原則として1日6時間以上で、週4日以上勤務」とする。

※ 「無資格者」、「常勤でない医師」、「在籍していない医師」等を記載した場合は不可とする。

特に、「在籍していない医師」を記載した場合は、虚偽の記載として罰則の対象となるので、くれぐれも注意されたし。

3. 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。

4. 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](mailto: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: \_\_\_\_\_

**指導医, 専門医ならびに認定医勤務証明書 兼 カリキュラム計画書**

区分	フリガナ 氏名	医師免許取得年	職名・身分	担当カリキュラム			
				A	B	C	D

区分    1:指導責任者    2:指導医    3:専門医    4:認定医  
 主なカリキュラム区分    A:食道    B:胃・十二指腸    C:小腸・大腸    D:肝胆膵脾

以上の医師が常勤し指導に当たることを証明します。

平成    年    月    日

病院名  
 \_\_\_\_\_

病院長氏名  
 \_\_\_\_\_

公印

