

(様式4-2)

日本手外科学会認定手外科専門医制度による 施設内容証明書

施設名称			所在地	〒	(都道府県)	(市町区村)
	電話 ()		ファックス ()			
医師の状況	1.常勤整形外科医師数	名	うち整形外科専門医	名		
	2.常勤形成外科医師数	名	うち形成外科専門医	名		
	3.常勤日手会認定手外科専門医数	名				
	4.定期的(原則週1回以上)に指導している非常勤手外科専門医名	代表者氏名()				
	5.主に手外科に従事する医師数	名				
	6.研修可能人数	名	(専門医1名につき2名まで)			
施設の状況	7.過去3年間に施行した手外科手術(★)					
	1月-12月までの合計数		年	件		
			年	件		
			年	件		
	内訳(合計数:重複は不可)		手外科専門医研修カリキュラム(別紙に従う)			
I 皮膚・皮下組織・筋腱			件			
II 神経・血管・リンパ管			件			
III 骨・関節・靭帯			件			
8.臨床研修施設(厚生労働省)の指定		(有 無)				
日本整形外科学会専門医制度に基づく研修施設認定		(有 無)				
日本形成外科学会専門医制度に基づく研修施設認定		(有 無)				
9.学術活動・専門医教育状況						
院内手外科学習会、検討会(★)		(有 無)	()回/年			
カリキュラムに則った手外科研修体制(★)		(有 無)				
学会発表(過去3年間)		()回	発表論文(過去3年間)	()編		
図書室 (有 無)		手外科専門書	冊	手外科購読雑誌数	冊	
10.手外科診療を行い得る設備						
X線透視装置		(有 無)	手術用顕微鏡	(有 無)		
CT		(有 無)	超音波画像診断装置	(有 無)		
MRI		(有 無)	リハビリテーション室	(有 無)		
11.医療安全管理委員会(★)		(有 無)				

以上の記載に相違ないことを認めます。

年 月 日

施設長氏名 _____ (印)

診療科責任者氏名 _____ (印)

臨床指導に当たる手外科専門医氏名 _____ (印)

記入注意

- 1) 記入は黒インクまたはボールペン
- 2) 楷書
- 3) ★は定款細則を満たしていることが必須です