

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			
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	(うち指導医 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指導医または専門医名	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(指導医1名につき3名まで、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指導医または専門医氏名 _____ (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