

(様式4-3)

# 日本手外科学会認定手外科専門医制度による 実地研修計画書

主たる 修練 場所	a	基幹研修施設				
	b	関連研修施設(必要な場合:名称 )				
	c	学会・研修会、院内勉強会・症例検討会				
	d	その他(必ずコメントを記載して下さい)				
研修カリキュラム別紙の項目						
	○で囲んでください(複数選択可)	コメント			○で囲んでください(複数選択可)	コメント
I-1	a b c d			II-4	a b c d	
I-2	a b c d			II-5	a b c d	
I-3	a b c d			II-6	a b c d	
I-4	a b c d			II-7	a b c d	
I-5	a b c d			II-8	a b c d	
I-6	a b c d			II-9	a b c d	
I-7	a b c d			II-10	a b c d	
I-8	a b c d			III-1	a b c d	
I-9	a b c d			III-2	a b c d	
I-10	a b c d			III-3	a b c d	
I-11	a b c d			III-4	a b c d	
I-12	a b c d			III-5	a b c d	
I-13	a b c d			III-6	a b c d	
I-14	a b c d			III-7	a b c d	
I-15	a b c d			III-8	a b c d	
I-16	a b c d			III-9	a b c d	
I-17	a b c d			III-10	a b c d	
II-1	a b c d			III-11	a b c d	
II-2	a b c d			III-12	a b c d	
II-3	a b c d			III-13	a b c d	

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