

第15

目 標
開 催 日
開 催 形 式
主 催 等
募 集 定 員
応 募 要 件
申 込 期 限
参加決定等の通知
プ ロ グ ラ ム 等
講習会修了の認定
参 加 費 用 等
申 込 方 法
お 問 合 せ 先
そ の 他

留 意 事 項

備 考

医師法第16条の2第1項に規定する内科、産婦人科及び精神科の臨床研修病院に指定されている必要があります。
また、指導医養成講習会の受講が求められています。

回千葉県臨床研修指導医養成講習会（オンライン） 参加者募集要項

講習会参加者は、初期臨床研修の主旨に基づいた医師の養成を行うため、千葉県の臨床研修病院における効果的な臨床指導を実践し、研修医の生涯学習を積極的に支援できる指導医となることをゴールとする。

令和2年11月15日（日）、29日（日）
（実質的な講習時間16時間15分）

オンライン 千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターより配信
千葉市中央区亥鼻1-8-1 千葉大学医学部附属病院 教育研修棟1階

主催：NPO法人千葉医師研修支援ネットワーク
後援：社団法人千葉県医師会・千葉大学医学部附属病院

40名（受付順）

千葉県内の臨床研修病院及び協力型臨床研修病院等に勤務する臨床経験
5年以上の医師（7年未満の場合、資格発生は臨床経験7年経過後）

令和2年10月12日（月）（郵送の場合は消印有効）

申込締切後、受付順に参加者を決定して当該病院長に参加決定等の通知を行います。
ただし、定員等の関係から同施設優先順位4位以降の場合は調整を行うことがあります。

講習会は、平成16年3月18日付け厚生労働省医政局長通知による「医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針」に基づき、定められた要件を満たすものとして企画されているものであり、具体的なプログラムは別添のとおりです。

講習会の課程を修了した者に対し、厚生労働省医政局長が認定したことを証する『修了証書』を交付します。なお、講習会期間中の受講状況等によっては、修了証書が交付されないこともあります。

1名：27,600円（非正会員病院 1名：42,000円）
（注）参加決定の通知後、指定口座へ振り込みをしてください。
入金確認後、資料を送付いたします。

病院で取りまとめ、次の方法から選んでお申し込みください。

- 1 申込フォーム URL <https://forms.gle/8zsKKE6acTsApekH9>
 - 2 別添「参加申込書」からお申し込みください。
- 申込フォーム



NPO法人千葉医師研修支援ネットワーク
TEL：043-222-2005 FAX：043-222-2733

お申し込みいただいた方の個人情報については「NPO法人千葉医師研修支援ネットワーク個人情報保護規程」に基づき、本講習会の運営のためのみに利用いたします。なお、講習会の名簿・報告書等の作成にあたり、氏名等の掲載を予定しておりますので、あらかじめご了承ください。

- 1 WEB会議ツール（ZOOM等）を用いてオンラインで開催します。
- 2 資料は別途送付します。
- 3 参加決定後の取り消しについては、**10月23日（金）まで**は全額返金いたします。
また、**10月26日（月）まで**は、代替者の受付をいたします。
- 4 講習会の開催時間は厳守してください。
- 5 パソコン（タブレット、スマホは除く）カメラ対応のものをご用意ください。

裏面に続く

1項に定める臨床研修に関する省令の一部改正により、指導医は原則として、内科、外科、小児科診療科に1名以上配置され、個々の指導医が勤務体制上、指導時間を十分に確保できることが必要で、指導医は担当する診療科（分野）における研修期間中、研修医5名に対して1名以上配置す。
会を受講していることが指導医の要件となっておりますので、講習会未受講の場合には、速やかな

第15回千葉県臨床研修指導医養成 参加者申込書

第15回千葉県臨床研修指導医養成講習会参加者募集要項を了承し、
申し込みます。

令和2年 月 日

NPO法人千葉医師研修支援ネットワーク

理事長 山本修一様

病院の名称

病院長名

連絡ご担当者部署名

ご担当者名

ご連絡先 TEL :

FAX :

Mail :

優先順位	参加申込者	診療科名	臨床経験年数
第1位			年
第2位			年
第3位			年
第4位			年
第5位			年

厚生労働省の指針に基づく講習会を
受講済の臨床研修指導医（診療科別にご記入ください）

次のとおりです・いません（どちらかを○印で囲んでください）

科	名	科
科	名	科
科	名	科

申込先： NPO法人千葉医

住所： 〒260-8677

千葉市中央区亥

千葉大学医学部
TEL : 043-222-2006
Mail : office-jjj@dcs-r

講習会

下記のとおり

印

勤務先病院名 (協力型病院の場合)

さい)

) 名 名 名

師研修支援ネットワーク

鼻1-8-1

附属病院 教育研修棟2階

5 FAX : 043-222-2733

net.org