

第13回千葉県臨床研修指導医養成講習会 参加者募集要項

医師法第16条の2第1項に定める臨床研修に関する省令の一部を改正する省令及び通知の一部改正の規定により、指導医は原則として、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科の診療科に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す。基幹型臨床研修病院においては、研修医の研修期間中、指導医は担当する診療科（分野）につき、研修医5名に対してそれぞれ1名以上配置されている必要があります。

また、指導医は指導医養成講習会を受講していることが必要です。指導にあたる医師が講習会未受講の場合には、速やかな受講が求められています。

目 標	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図ることのできる指導医となることを目標とする。
開 催 日	平成30年11月17日（土）～18日（日） （実質的な講習時間16時間15分）
開 催 場 所	千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター 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 電話043-222-2005 FAX043-222-2733
主 催 等	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
募 集 定 員	30名（受付順）
応 募 要 件	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）
申 込 期 限	平成30年10月1日（月）（消印有効）
参加決定等の通知	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、定員等の関係から調整を行うことがあります。
プ ロ グ ラ ム 等	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。
講習会修了の認定	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。
参 加 費 用	1名 31,000円（非正会員病院は 1名 45,000円） ※ 昼食2回、清涼飲料を含みます。 ※ 参加決定後、指定口座へ振り込みをしてください。
申 込 方 法	病院で取りまとめ、別添「参加申込書」に記載してNPO法人千葉医師研修支援ネットワークまでFAXの上（受付順の為）、原本を郵送ください。
そ の 他	お申し込みいただいた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。
留 意 す る 事 項	※1 千葉大学医学部附属病院の駐車場は有料となります。 （やむを得ず、お車でお越しの方はお申し出ください。割引券をお渡しします。） ※2 参加決定後の取り消しについては、10月12日（金）までは全額返金いたします。また、10月26日（金）までは、代替者の受付をいたします。 ※3 講習会の開催時間は厳守してください。 ※4 宿泊される場合の手配は、参加者各自で行ってください。

第13回千葉県臨床研修指導医養成講習会 参加者申込書

第13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、下記のとおり申し込みます。

平成 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

印

連絡ご担当者部署名

ご担当者名

連絡先 電話番号：
FAX：
Mailアドレス：

優先順位	参加申込者	診療科名	臨床経験年数	勤務先病院名 (協力型病院の場合)
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・終了した研修指導医（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	名
科	名	科	名
科	名	科	名

申込先：

NPO法人千葉医師研修支援ネットワーク

〒260-8677 千葉市中央区亥鼻1-8-1

千葉大学附属病院 教育研修棟2階

TEL 043-222-2005 / FAX 043-222-2733

Mail : office@dcs-net.org