

3 1. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等

病院施設番号： 040006

臨床研修病院の名称： 赤城病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験 有：○ 無：×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医（指導医）
精神科	関口 秀文	赤城病院	院長	17年	×	精神保健指定医、精神科専門医指定医、救急専門医、総合内科専門医、プライマリ・ケア認定医・指導医、老年精神病学会専門医、日本睡眠学会専門医	030117202 030117203	
精神科	原 秀之	赤城病院	院長補佐	37年	×	精神保健指定医、精神科専門医指導医	030117202 030117203	
精神科	中島 政美	赤城病院	副院長	37年	○	精神保健指定医、精神科専門医指導医、四病院団体協議会指導医講習会受講済。	030117202 030117203	3 4
精神科	三丸 剛人	赤城病院	神経発達部長	17年	×	精神保健指定医、精神科専門医指導医、公認心理師	030117202 030117203	

※ 「担当分野」欄には、様式 10 別紙 3 の臨床研修を行う分野及び病理（CPC）を記入すること。

※ 「所属」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が所属する病院又は施設の名称を記入すること。

※ 「資格等」欄には、受講した指導医講習会名称や、取得した専門医資格等について記入すること。

※ 「プログラム番号」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が担当するすべてのプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

※ プログラム責任者、副プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にそれぞれに応じた番号を記入し、併せてプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること。）。

* 研修実施責任者・・・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、当該施設における臨床研修の実施を管理する者

* 臨床研修指導医（指導医）・・・研修医に対する指導を行う医師であり、7年（84月）以上の臨床経験及び指導医養成講習会等の受講経験を有する者

※ 地域医療重点プログラムにおいては、地域医療の指導医を必ず記載すること

※ 欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。