

3 1. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等

病院施設番号：188760

臨床研修病院の名称：利根中央診療所

| 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) |
|------|-------|-------------|----|------------|------------------------------------|--|-------------|--|
| 地域医療 | 大塚 隆幸 | 利根中央診療 所 | 所長 | 39 | ○ | 日本小児科学会専門医 日本小児神経学会専門医 日本アレルギー学会専門医 日本医師会認定産業医 日本医師会認定健康スポーツドクター 体育協会公認スポーツドクター 群馬県指導医養成講習会受講 (H20.11.16) | 030117202 | 3、4 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

※ 「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。