様式Ａ－７－１

　　年　　月　　日

都道府県知事　殿

　　　　施設番号：

病院名：○○病院

地域密着型臨床研修病院認定申請書

　「医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令の施行について（平成15年6月12日付け医政発0612004号厚生労働省医政局長通知）」第２の５ 臨床研修病院の指定の基準(1)ア(ｷ)の規定に基づき、下記のとおり認定申請いたします。

 記

|  |
| --- |
| 地域医療重点プログラム概要 ※1： |
|  |
| 地域医療重点プログラム設置基準 ※2：[ ] 　研修体制が充実していると認められること[ ] 　医師少数区域等における地域医療の研修が12週以上であり、臨床研修修了後も　総合的な診療の研修が受けられる体制であること☐　地域医療の実践について指導できる指導医が配置され、勤務体制上指導時間を　十分に確保できること |
| 募集定員 |
| 　・地域医療重点プログラムの予定する募集定員（　　　　人）うち、地域枠等限定選考を予定する募集定員（　　　　人） |
| 　・地域医療重点プログラムを実施する病院の募集定員の総数（前年度）（　　人） |
|  |

※1　プログラムの必修科目、選択科目の期間や研修指導体制の概要を記載すること。

また、(様式Ａ－10)に必要事項を記入したものを添付すること。

※2 該当する基準に[x] を記入すること。