

(様式4-2)

# 日本手外科学会認定手外科専門医制度による 施設内容証明書

施設名称	
医師の状況	1.常勤整形外科医師数 名 うち整形外科専門医 名
	2.常勤形成外科医師数 名 うち形成外科専門医 名
	3.常勤日手会認定手外科専門医数 名
	4.定期的(原則週1回以上)に指導している非常勤手外科専門医名 代表者氏名( )
	5.主に手外科に従事する医師数 名
	6.研修可能人数 名(専門医1名につき2名まで)
施設の状況	7.過去3年間に施行した手外科手術(★) 1月-12月までの合計数 年 件 年 件 年 件 内訳(合計数:重複は不可) 手外科専門医研修カリキュラム(別紙に従う) Ⅰ皮膚・皮下組織・筋腱 件 Ⅱ神経・血管・リンパ管 件 Ⅲ骨・関節・靭帯 件
	8.臨床研修施設(厚生労働省)の指定 (有 無) 日本整形外科学会専門医制度に基づく研修施設認定 (有 無) 日本形成外科学会専門医制度に基づく研修施設認定 (有 無)
	9.学術活動・専門医教育状況 院内手外科学習会、検討会(★) (有 無) ( )回/年 カリキュラムに則った手外科研修体制(★) (有 無) 学会発表(過去3年間) ( )回 発表論文(過去3年間)( )編 図書室 (有 無) 手外科専門書 冊 手外科購読雑誌数 冊
	10.手外科診療を行い得る設備 X線透視装置 (有 無) 手術用顕微鏡 (有 無) CT (有 無) 超音波画像診断装置 (有 無) MRI (有 無) リハビリテーション室 (有 無)
	11.医療安全管理委員会(★) (有 無)

以上の記載に相違ないことを認めます。

年 月 日

施設長氏名 \_\_\_\_\_ (印)

臨床指導に当たる手外科専門医氏名 \_\_\_\_\_ (印)

★は定款細則を満たしていることが必須です