

(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