

(様式4-3)

日本手外科学会認定手外科専門医制度による 実地研修計画書

施設 名称			所在地	〒							
				(都道府県)	(市町区村)						
主たる 修練 場所	a	基幹研修施設									
	b	関連研修施設(必要な場合:名称)									
	c	学会・研修会、院内勉強会・症例検討会									
	d	その他(必ずコメントを記載して下さい)									
研修カリキュラム別紙の項目											
	○で囲んでください(複数選択可)		コメント		○で囲んでください(複数選択可)		コメント				
I-1	a	b	c	d		II-4	a	b	c	d	
I-2	a	b	c	d		II-5	a	b	c	d	
I-3	a	b	c	d		II-6	a	b	c	d	
I-4	a	b	c	d		II-7	a	b	c	d	
I-5	a	b	c	d		II-8	a	b	c	d	
I-6	a	b	c	d		II-9	a	b	c	d	
I-7	a	b	c	d		II-10	a	b	c	d	
I-8	a	b	c	d		III-1	a	b	c	d	
I-9	a	b	c	d			III-2	a	b	c	d
I-10	a	b	c	d			III-3	a	b	c	d
I-11	a	b	c	d			III-4	a	b	c	d
I-12	a	b	c	d			III-5	a	b	c	d
I-13	a	b	c	d			III-6	a	b	c	d
I-14	a	b	c	d			III-7	a	b	c	d
I-15	a	b	c	d			III-8	a	b	c	d
I-16	a	b	c	d			III-9	a	b	c	d
I-17	a	b	c	d			III-10	a	b	c	d
II-1	a	b	c	d	III-11		a	b	c	d	
II-2	a	b	c	d	III-12		a	b	c	d	
II-3	a	b	c	d	III-13		a	b	c	d	

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)