

## 研修登録医の受入れについて

申請資格 医師，歯科医師免許取得後2年以上の者

提出書類 以下7点を研修開始の1ヶ月前までに提出してください。

1. <新規>研修登録医受入れ許可申請書（別記様式第1号）

<更新>研修登録医受入れ期間更新申請書（別記様式第4号）

2. 推薦書（医師会，歯科医師会又は所属長のもの）

3. 誓約書

4. 履歴書

5. 神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

6. 医師免許証（写）

7. 保険医登録票（写）

8. 健康診断書結果（写）※

電子データ様式もご  
いますので、  
ご希望の場合はお問  
合わせください

※研修開始前1年以内に受診された診断書(X線検査あり)をご提出願います。

留意事項 1. 研修期間 研修開始日の属する年度内

(年度をまたぐ場合は更新の手続きをしてください)

2. 研 修 料 月額 6,600 円

※研修許可書に同封する請求書に記載された銀行口座へ  
振込期限までにお振込みください。

(既納の研修料は、返還いたしません)

3. そ の 他 事前に研修実施部署と、研修期間等について調整してください。

申請書の提出先 神戸大学医学部総務課人材育成支援事務室研修支援係

〒650-0017 神戸市中央区楠町 7-5-1

Tel(078)382-6980 Fax(078)382-5050

別記様式第1号

年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

氏 名 印

性 別 男・女

生年月日 年 月 日生

研修登録医受入れ許可申請書

下記のとおり貴院で研修したいので、研修登録医として受入れを許可くださるようお願いいたします。

記

1 研修事項

2 研修目的

3 研修診療科

4 研修期間 年 月 日～ 年 月 日

添付書類

履歴書

誓約書

推薦書

別記様式第4号

年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

登録番号

登録年月日

氏 名 印

生年月日 年 月 日生

研修登録医受入れ期間更新申請書

下記のとおり研修登録医受入れ期間の更新を許可くださるようお願いいたします。

記

1 研 修 事 項

2 研 修 目 的

3 研 修 診 療 科

4 更新を必要とする期間 年 月 日～ 年 月 日

5 更新を必要とする理由

令和 年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

兵庫県医師会長  
兵庫県歯科医師会長  
所属長

下記のとおり研修登録医を推薦いたしますので、よろしくお願ひします。

記

1. 氏 名

2. 推 薦 理 由

## 誓 約 書

私は、貴病院内における実習・研修について、以下の事項を厳守します。

なお、いずれかの項目に違反していることが判明した場合、実習・研修が中止されても、一切の異議申し立てをしないことを誓います。

1. 実習・研修は、指導者の命に従い、誠実に行います。
2. 実習・研修中に事故を起こした場合は、国立大学法人神戸大学の故意または過失による場合を除きその責任を負います。
3. 実習・研修の間に知り得た個人情報については、守秘義務が生じることを理解し、実習・研修期間中はもちろん、終了後においてもその情報を第三者に漏らしません。
4. 国立大学法人神戸大学の財産に重大な損害を与えた場合は、その代償の義務を負いません。
5. 医療安全・医療倫理の講義を受講しています。 受講済 未受講  
(受講済の場合は最終受講日を記載してください。)  
医療安全講義： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日受講済  
医療倫理講義： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日受講済
6. 国立大学法人神戸大学医学部附属病院内では、多くの患者が治療、入院されていることから、実習・研修の期間中は、以下の感染症伝播防止対策を厳守します(確認のうえ☑)。  
 発熱、発疹、呼吸症状(咳、痰など)がある場合には、実習・研修を自主的に控えます。  
 活動性の感染症疾患に罹患している際には、実習・研修を行えないことを了承します。  
 実習・研修において、自ら病原体の伝播者(不顕性感染者を含む)となることを防ぐため、別紙のウィルス抗体価測定又はワクチン接種を実習・研修の開始前までに行いました。

年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

本人住所

氏 名  
(自署)

## 神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	
氏名	

性別	生年月日(西暦)	学校、病院名等名称	種別(受託実習、研修等)
男・女	年 月 日		

## 【注意事項】

- ① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。
- ② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。
- ③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 \_\_\_\_\_ 印

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

## 1. B 型肝炎ワクチン 3 回接種あるいは抗体価上昇の確認

**1 シリーズ接種しても基準値未満 (0~9.9 mIU/mL) の場合は、もう 1 シリーズ接種し**、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください (実習等開始日までに接種が終了しない場合は、終了を待たずに本証明書を提出し、その旨ご連絡ください。残りの接種歴は接種完了後に接種証明書もしくは領収書等を提出してください)。

1シリーズ目 ワクチン接種日				
1回目	(西暦)	年	月	日
2回目	(西暦)	年	月	日
3回目	(西暦)	年	月	日
抗体価検査				
検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満	基準値 以上
			検査後に 1シリーズ 接種	対応不要
(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法		□ 0~9.9	□ 10以上
	<input type="checkbox"/> CLIA法			
	<input type="checkbox"/> RIA法			
	<input type="checkbox"/> CLEIA法			
2シリーズ目 ワクチン接種日				
1回目	(西暦)	年	月	日
2回目	(西暦)	年	月	日
3回目	(西暦)	年	月	日

## 2. ワクチン接種（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）

別紙 2

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること※1、あるいは②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」※2を満たすこと、を「十分な免疫を獲得したもの」として定義しています。下記一覧に従い、必要に応じて追加接種を行ったうえ、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

	①2回のワクチン接種歴がある※1		②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2					必要な追加対応 (左記)に従い、 検査後の接種日を 記載すること		
			検査日	検査方法 (下記以外の 方法は不可)	検査結果	陰性			陽性	
						基準値未満	基準値以上		必要な追加対応※2	
									合計2回に なるよう接種	検査後に 1回接種
麻疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9	<input type="checkbox"/> 16以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日			
			<input type="checkbox"/> PA法	<input type="checkbox"/> 16未満	<input type="checkbox"/> 16~128	<input type="checkbox"/> 256以上				
			<input type="checkbox"/> NT (中和法)	<input type="checkbox"/> 4未満	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8以上				
風疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> HI法	<input type="checkbox"/> 8未満	<input type="checkbox"/> 8~16	<input type="checkbox"/> 32以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日			
			<input type="checkbox"/> EIA法 (アソシオン)	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~7.9	<input type="checkbox"/> 8以上				
			<input type="checkbox"/> EIA法 (IU)	<input type="checkbox"/> ΔA0.100未満	<input type="checkbox"/> 30IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 30IU/mL以上				
			<input type="checkbox"/> ELFA法	<input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 45IU/mL以上				
			<input type="checkbox"/> LTI法	<input type="checkbox"/> 6IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 6I~29.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 30IU/mL以上				
			<input type="checkbox"/> CLEIA法 (IU)	<input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 45IU/mL以上				
			<input type="checkbox"/> CLEIA法 (抗体価)	<input type="checkbox"/> 抗体価 4未満	<input type="checkbox"/> 抗体価 4~13.9	<input type="checkbox"/> 抗体価 14以上				
			<input type="checkbox"/> FIA法 (AD)	<input type="checkbox"/> 抗体価 1.0AI未満	<input type="checkbox"/> 抗体価 1.0~2.9AI	<input type="checkbox"/> 抗体価 3.0AI以上				
<input type="checkbox"/> FIA法 (IU)	<input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 10~29.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 30IU/mL以上							
<input type="checkbox"/> CLIA法	<input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 10~24.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 25IU/mL以上							
水痘	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日			
			<input type="checkbox"/> IAHA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4以上				
			<input type="checkbox"/> NT (中和法)	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4以上				
流行性 耳下 腺炎	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日			

神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	ソウリン	ハナコ
氏名	総臨 花子	

性別	生年月日(西暦)	学校、病院名等名称	種別(受託実習、研修等)
男・女	1998年 4月 25日	臨床教育大学	受託実習

【注意事項】

- ① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。
- ② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。
- ③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

学校保健センターもしくは医師による証明が難しい場合は、母子手帳や領収書等の写しの提出が必要です。(原本は不要です。)

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 神戸 太郎

神戸  
内科  
病院  
院長  
印

2021年 3月 25日

医療機関名 神戸内科医院

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

学校保健センターもしくは所属機関から発行される抗体価証明書類に医師等の署名または記名・押印がある場合は、「別紙参照」と記入ください。

1. B型肝炎ワクチン 3回接種あるいは抗体価上昇の確認

**1シリーズ接種しても基準値未満 (0~9.9 mIU/mL) の場合は、もう1シリーズ接種し**、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください(実習等開始日までに接種が終了しない場合は、終了を待たずに本証明書を提出し、その旨ご連絡ください。残りの接種歴は接種完了後に接種証明書もしくは領収書等を提出してください)。

1シリーズ目 ワクチン接種日				
1回目	(西暦)	2017	年 4 月 6 日	
2回目	(西暦)	2017	年 5 月 19 日	
3回目	(西暦)	2017	年 10 月 13 日	
抗体価検査				
検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満	基準値 以上
			検査後に 1シリーズ 接種	対応不要
(西暦)2017年 11月27日	<input type="checkbox"/> EIA法		<input type="checkbox"/> 0~9.9	<input checked="" type="checkbox"/> 10以上
	<input checked="" type="checkbox"/> CLIA法	1000		
	<input type="checkbox"/> RIA法			
	<input type="checkbox"/> CLEIA法			
2シリーズ目 ワクチン接種日				
1回目	(西暦)	年	月	日
2回目	(西暦)	年	月	日
3回目	(西暦)	年	月	日

2. ワクチン接種（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること※1、あるいは②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」※2を満たすこと、を「十分な免疫を獲得したもの」として定義しています。下記一覧に従い、必要に応じて追加接種を行ったうえ、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

	①2回のワクチン接種歴がある※1		②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2					必要な追加対応 (左記)に従い、 検査後の接種日を 記載すること	
	●十分な免疫を獲得していると判断できるので抗体価検査は不要  ●当院では3回以上の接種は求めない	●検査せず①2回のワクチン接種でもよい  ●検査前のワクチン接種歴は①に記載	検査日	検査方法 (下記以外の方法は不可)	検査結果	陰性	陽性		
						基準値未満	基準値以上		
						必要な追加対応※2			
						合計2回になるよう接種	検査後に1回接種	対応不要	
麻疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3 日 (西暦) 2015 年 3月 13 日	<input checked="" type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> PA法 <input type="checkbox"/> NT (中和法)		<input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 16未満 <input type="checkbox"/> 4未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9 <input type="checkbox"/> 16~128 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 16以上 <input type="checkbox"/> 256以上 <input type="checkbox"/> 8以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	
風疹	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5 日	<input type="checkbox"/> HI法 <input checked="" type="checkbox"/> EIA法 (デング生研) <input type="checkbox"/> EIA法 (IU) <input type="checkbox"/> ELFA法 <input type="checkbox"/> LTI法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 (IU) <input type="checkbox"/> CLEIA法 (抗体価) <input type="checkbox"/> FIA法 (AI) <input type="checkbox"/> FIA法 (IU) <input type="checkbox"/> CLIA法	0.2未満	<input checked="" type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~7.9 <input type="checkbox"/> 8~16 <input type="checkbox"/> 30IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 6I~29.9IU/mL <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 抗体価 4~13.9 <input type="checkbox"/> 抗体価 1.0AI未満 <input type="checkbox"/> 10~29.9IU/mL <input type="checkbox"/> 10~24.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 8以上 <input type="checkbox"/> 32以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 抗体価 14以上 <input type="checkbox"/> 抗体価 3.0AI以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 25IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5 日 (西暦) 2021 年 3月 5 日	
水痘	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5 日	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> IAHA法 <input type="checkbox"/> NT (中和法)	5.6	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	
流行性 耳下 腺炎	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5 日	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法	3.5	<input type="checkbox"/> 2未満	<input checked="" type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5 日 (西暦) 年 月 日	

○神戸大学医学部附属病院研修登録医受入れ規程

(平成 16 年 4 月 1 日制定)

改正平成 18 年 7 月 19 日平成 26 年 3 月 28 日

平成 27 年 7 月 31 日平成 29 年 3 月 31 日

平成 31 年 2 月 28 日令和元年 9 月 25 日

令和 2 年 3 月 31 日 令和 2 年 9 月 25 日

令和 5 年 8 月 30 日

(趣旨)

第 1 条 この規程は、医師及び歯科医師の生涯学習に資するとともに、大学附属病院と地域の診療所、病院との連携を促進し、地域医療の発展に寄与することを目的として、神戸大学医学部附属病院(以下「病院」という。)における研修登録医の受入れについて必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第 2 条 この規程において「研修登録医」とは、第 4 条の規定による許可を受け病院において医療に関する研修を行う者をいう。

[第 4 条]

2 研修登録医となることのできる者は、医師免許又は歯科医師免許取得後 2 年以上を経過した者とする。

(申請)

第 3 条 研修登録医の許可を受けようとする者は、次の書類をもって、神戸大学医学部附属病院長(以下「病院長」という。)に申請するものとする。

(1) 研修登録医受入れ許可申請書(別記様式第 1 号)

[別記様式第 1 号]

(2) 誓約書(別記様式第 5 号)

[別記様式第 5 号]

(3) 履歴書

(4) 所属医師会会長、歯科医師会会長又は所属長の推薦書

(5) 医師免許証又は歯科医師免許の写し

(6) 保険医登録票の写し

2 前項の申請は、研修開始の日の 1 か月前までに行うものとする。

(許可)

第 4 条 病院長は、前条の申請があった場合において、その申請内容が適当であり、病院の診療業務に支障がないと認めるときは、当該診療科長の同意を得て、期間を定めてその受入れを許可することができる。

(登録)

第5条 病院長は、前条の規定により受入れを許可したときは、指導教員を定め、別記様式第2号の研修登録医台帳に登録し、別記様式第3号の研修登録医登録証を交付するものとする。

[別記様式第2号] [別記様式第3号]

(受入れ期間)

第6条 研修登録医の受入れ期間は、1年以内とする。ただし、事業年度を越えて受け入れることはできない。

(受入れ期間の更新)

第7条 病院長は、研修登録医が受入れ期間の更新を申請したときは、当該診療科長の同意を得て、これを許可することができる。

2 前項の申請は、研修期間満了の日の1か月前までに、別記様式第4号の申請書により行うものとする。

[別記様式第4号]

(研修料)

第8条 研修登録医の研修料は、月額6,600円とする。

(研修料の納付)

第9条 研修登録医として受入れを許可されたときは、研修料を所定の期日までに納付しなければならない。

2 研修料を所定の期日までに納付しないときは、病院長は、研修登録医の受入れの許可を取り消すものとする。

3 既納の研修料は、返還しない。

(研修登録医の辞退)

第10条 研修登録医は、研修登録医を辞退しようとするときは、当該診療科長を経て、病院長に文書にて願い出なければならない。

(規則の遵守)

第11条 研修登録医は、神戸大学が定める諸規則を遵守しなければならない。

(受入れ許可の取消し)

第12条 研修登録医が前条の規定に違反し、又は研修登録医としてふさわしくない行為があったときは、病院長は研修登録医の受入れの許可を取り消すことができる。

(診療及び研究への参加等)

第13条 研修登録医は、当該診療科長の監督を受け、指導教員の指導の下に、病棟回診、症例検討会その他の研究会に参加することができる。

2 研修登録医は、当該診療科長の監督を受け、指導教員の実地指導の下に、自らが紹介した患者の診療に参加することができる。

3 研修登録医は、神戸大学附属図書館医学分館長の許可を得て、神戸大学附属図書館医学分館を利用することができる。

(診療報酬の帰属)

第 14 条 研修登録医が診療に参加することにより生じたすべての診療報酬は、病院に帰属する。

(損害賠償等)

第 15 条 研修登録医は、本人の故意又は過失により、医療過誤を生じさせた場合又は施設、設備等を損傷させた場合は、法令の定めるところにより損害賠償等の責任を負うものとする。

(事務)

第 16 条 研修登録医の受入れに関する事務は、医学部総務課において処理する。

(雑則)

第 17 条 この規程に定めるもののほか、研修登録医の受入れに関し必要な事項は、病院長が定める。

附 則

この規程は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 18 年 7 月 19 日)

この規程は、平成 18 年 7 月 19 日から施行し、改正後の神戸大学医学部附属病院研修登録医受入れ規程の規定は、平成 18 年 4 月 1 日から適用する。

附 則(平成 26 年 3 月 28 日)

この規程は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 27 年 7 月 31 日)

この規程は、平成 27 年 8 月 1 日から施行する。

附 則(平成 29 年 3 月 31 日)

この規程は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 31 年 2 月 28 日)

この規程は、平成 31 年 3 月 1 日から施行する。

附 則(令和元年 9 月 25 日)

この規程は、令和元年 10 月 1 日から施行する。

附 則(令和 2 年 3 月 31 日)

この規程は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(令和 2 年 9 月 25 日)

この規程は、令和 2 年 9 月 25 日から施行する。

附 則(令和 5 年 8 月 30 日)

この規程は、令和 5 年 8 月 30 日から施行する。

## [別紙参照] 研修登録医受入れ規程の運用について

平成 21 年 12 月 8 日 病院長 裁定

研修登録医受入れ規程の運用については、次によるものとする。

### 第 13 条 関係

- 1 指導教員については、次のとおりとする。

指導教員は、研修登録医の研修分野について豊富な知識と経験を持ち、指導することに熱意がある助教以上の教員のうちから診療科長が選定する。
- 2 研修登録医の診療及び研究への参加は、月 4 回程度として、その範囲は次のとおりとする。
  - (1) 第 13 条第 1 項について
    - ア 病棟回診への参加  
指導教員の指導の下に、病棟回診させ、各種疾患の診断、治療法について見学させる。
    - イ 症例検討会等への参加  
指導教員の指導の下に、症例検討会その他の研究会へ参加させる。
  - (2) 第 13 条第 2 項の紹介患者の診療の範囲
    - ア 患者の診療  
主治医権を与えずに、副主治医として診療に参加できるものとし、指導教員の实地訓練の下で、診断、治療法を修得させる。
    - イ 手術技法の修得  
指導教員の实地訓練の下で、手術法の選択、手術手技を修得させる。
    - ウ 諸検査技法の修得  
指導教員の实地訓練の下で、検査方法、手技、解釈を修得させる。
- 3 カルテ、処方せんの記載については、次のとおりとする。

研修登録医が記載する紹介患者のカルテ、処方せんその他の記録には指導教員も連名で署名するものとする。
- 4 診断書について  
研修登録医は、診断書は発行できないものとする。
- 5 来院の予約について  
研修登録医は、診療、病棟回診、症例検討会等に参加するため来院するときは、予め指導教員の承諾を得るものとする。

### その他

研修登録医には給与は支給しないものとする。