

様式 3

記載例

文書番号
令和〇年〇月〇日

東京都知事 小池 百合子 殿

開設者住所 新宿区〇〇〇丁目〇番〇号
開設者 医療法人社団〇〇
代表者氏名 〇〇 〇〇 印

代表者印を押印してください。

技能向上集中研修機関の指定申請について

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和 3 年法律第 49 号。以下「改正法」という。）附則第 5 条の規定により改正法第 3 条の規定による改正後の医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「医療法」という。）第 119 条の規定により、別紙のとおり申請する。

別紙

1. 指定を予定する医療機関

管理者の氏名	ふりがな ○○ ○○
	○○ ○○
名称	ふりがな ○○
	○○病院
所在地	ふりがな ○○
	新宿区○○○丁

臨床研修に係る業務の場合は第1号に○、
専門研修に係る業務の場合は第2号に○をしてください。
いずれも該当する場合は両方に○をしてください。

2. 医療法第 119 条第 1 項の指定に係る業務の内容（該当するものを○で囲むこと。）

- 第 1 号 医師法第 16 条の 2 第 1 項の臨床研修に係る業務
- 第 2 号 医師法第 16 条の 11 第 1 項の研修に係る業務

3. 業務の内容が「第 1 号 医師法第 16 条の 2 第 1 項の臨床研修に係る業務」の場合、C－1 水準の指定に係るプログラム名を記載してください。

臨床研修プログラム A
産婦人科重点臨床研修プログラム
小児科重点臨床研修プログラム

4. 業務の内容が「第 2 号 医師法第 16 条の 11 第 1 項の研修にかかる業務」の場合、C－1 水準の指定に係るプログラム名を記載してください。

内科専門研修プログラム
外科専門研修プログラム

5. 担当者及び連絡先

担当者所属・役職・氏名	〇〇
電話番号	〇〇
メールアドレス	〇〇

申請内容の確認に対応可能な実務担当者を記載してください。