

専門研修プログラムについて

医療機関名			
診療科 / 施設種別	診療科:	施設種別	基幹施設・連携施設・その他
回答者所属・氏名	所属:	氏名:	
連絡先(電話/メール)	電話:	メール:	

(1)

従来の学会認定制度と同様に専攻医の受入れを希望したものの、基幹施設・連携施設のいずれにもなれず、専攻医を受け入れることができなかった場合は、「はい」にチェック☑してください。

はい ⇒(2)へ

いいえ(専攻医を受け入れているか、又は受入れを希望していない場合) ⇒(3)へ

(「いいえ」にチェック☑した場合、御提出は任意です。)

(2)

(1)で「はい」を☑された場合(専攻医の受入れを希望したものの、基幹施設・連携施設のいずれにもなれなかった病院/診療科)にお聞きします。

具体的な状況を詳しく御記入ください。

具体的な状況:

(3)

新たな専門医制度開始によってその後の診療等で影響が出たことや、制度に対する御意見などがございましたら、御記入ください。

質問は以上です。御協力ありがとうございました。

なお、御回答の内容は、公開の会議である東京都地域医療対策協議会医師部会その他関係先に提出する場合がありますので、予め御了承下さい。

【回答期限】 令和元年8月21日(水曜日)正午

【担当(問合せ先・提出先)】

東京都福祉保健局医療政策部医療人材課地域医療支援センター担当 中村・生江

電話 03-5320-4552(直通) メール S0000297@section.metro.tokyo.jp

FAX 03-5388-1436