資料４－３

令和２年度から開始される専門研修において、シーリング対象外とする地域枠医師の登録希望リスト

都道府県名：	担当部署・役職：	担当者名：	連絡先：TEL	mail：

	専攻医ID	氏名	入学年度	入学時点での従事要件	専門研修期間中に課されている従事要件	本人の同意	研修制度	診療科	プログラム名（カリキュラム制の場合は主たる研修施設名）		地対協での了承（※1）
									プログラム番号	プログラム名	
例	123456	専門　花子	H22年度	卒後９年間は県内の指定医療機関に従事すること	専門研修３年目は県内医師少数区域のA病院に１年間勤務とする	有	カリキュラム制	小児科	○○××△△	○○赤十字病院小児科で研修開始	済

※１ 地域枠医師が課せられた従事要件に則り、キャリア形成プログラムを円滑に実施できるよう、地域医療対策協議会において審議を行ってください。

※２ 令和元年10月末日提出〆切