技能向上集中研修機関　対象医療機関調査票【Ｃ－１水準】

医療機関名

【医師労働時間短縮計画の対象医師数】

|  |  |
| --- | --- |
| プログラム名 | 医師数（※） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 計 |  |

（※）令和６年度以降の医師労働時間短縮計画策定時の対象医師数を記載

１　医療機能について

※技能向上集中研修機関の対象となる箇所のみに■又は☑を記入

□　臨床研修にかかる業務（基幹型病院）

□　臨床研修にかかる業務（協力型病院）

□　専門研修にかかる業務（基幹施設）

□　専門研修にかかる業務（連携施設）

２　長時間労働の必要性について

１で回答した医師をやむを得ず長時間従事させることが必要な理由をプログラムごとに具体的に記載してください。

|  |
| --- |
| （○○病院○○臨床研修プログラム）  （○○病院○○専門研修プログラム） |

担当者所属・氏名

電話　（　　　)　　　－

メールアドレス