医学部附属病院研修登録医の

　受入れに関する手引

**１　研修登録医について**

最終決裁者：医学部附属病院長

（手引に関する担当部署）

医学・病院事務部総務課病院企画係

ＴＥＬ　097-586-5105

e-mail　kikakucy＠oita-u.ac.jp

医師及び歯科医師の生涯学習に資すること，及び大分大学医学部附属病院と地域の診療所，病院等との連携を促進し，地域医療の発展に寄与することを目的として，本院において当該診療科長の監督を受け，指導教員の指導の下に医療に関する研修を行う制度です。

**（１）申込み方法**

病院研修登録医の許可を希望される方は，研修を希望される診療科（部）ごとに研修登録医受入れ許可申請書に必要事項を記入の上，履歴書及び所属医師会長若しくは歯科医師会長又は所属長の推薦書を添付して，研修の開始日の１ヶ月前までに事務担当へ提出してください。

ただし，研修登録医の申請ができるのは，次のいずれかに該当し，かつ，医師免許又は歯科医師免許取得後２年以上を経過している方です。

|  |
| --- |
| 　１　一般社団法人大分県医師会又は一般社団法人大分県歯科医師会に所属する医師又は歯科医師　２　その他大分大学医学部附属病院長が適当と認めた者 |

　　【必要書類】

　　　　①　研修登録医受入れ許可申請書

　　　　②　履歴書

　　　　③　（所属医師会長若しくは歯科医師会長又は所属長からの）推薦書

　　　　④　医師免許証の写し

本院での研修を許可した場合は，事務担当を通じて研修登録医登録証を交付します。

【事務担当】　大分大学医学・病院事務部　総務課病院企画係

　　　　　　　　　　　　（連絡先）TEL:097-586-5105,FAX:097-586-5119

　　　　　　　　　　　　　　　　　〒879-5593　大分県由布市挾間町医大ヶ丘１－１

**（２）　研修料の納付方法**

　　研修を許可された場合は，研修期間分の研修料の全額を研修の開始日までに納付してください。

研修料は，現金又は現金書留により納付できます。

|  |
| --- |
| **（注意事項）****＊正当な理由なく期日までに納付されない場合は受入れの許可が取り消されますのでご注意ください。****＊納付された研修料は原則として返還しません。** |

　○　納付方法

下記納付先まで，持参又は送付してください。

なお，現金は釣銭が要らないようご準備願います。

【納 付 先】　大分大学医学・病院事務部　経営戦略課総務係

〒879-5593　大分県由布市挾間町医大ヶ丘１－１

**（３）研修期間の更新**

研修登録医の研修期間は，１年以内（受入れを許可された日の属する年度を越えることはできません。）ですが，引き続き研修を希望される場合は，期間の更新ができます。

　　　研修期間の更新を希望される方は，研修登録医受入れ期間更新申請書に必要事項を記入の上，研修期間満了の１ヶ月前までに事務担当へ提出してください。

なお，研修期間の更新を許可した場合は，改めて事務担当を通じて研修登録医登録証を交付します。

　 また，研修の更新を許可された場合は，研修期間分の研修料の全額を研修の開始日まで　に前述の（２）研修料の納付方法により納付してください。

**（４）その他**

本院における研修登録医の受入れについては，「大分大学医学部附属病院研修登録医の受入れに関する細則」に基づきますので，申込みの際，ご確認願います。

**２　申請書様式**

大分大学医学部附属病院研修登録医の受入れに関する規程に基づく，受入れに必要な申請書は，次のとおりです。

○　研修登録医受入れ許可申請書

○　研修登録医受入れ期間更新申請書

（参考）

　１　研修登録医台帳

　２　大分大学医学部附属病院研修登録医登録証

**３　個人情報の取扱い**

　申請書及び添付書類上の個人情報の取扱いについては，研修登録医に関する管理等の事務処理に使用し，目的以外に利用することはありません。

　　年　　月　　日

　　大分大学医学部附属病院長　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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します。

　なお，研修登録医として受入れを許可されたうえは，貴大学の研修登録医受入れに関する規程その他の諸規則を遵守し，指導教員の指示に従うことを誓約します。

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

　　　年　　月　　日

　　大分大学医学部附属病院長　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 登録番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

（参考１）

研修登録医台帳

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 | 登録年月日 | 研修登録医氏名（性別）生　年　月　日 | 研修診療科 | 指導教員・職・氏名 | 研修期間 | 研修事項 | 備　　考 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

（参考２）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表 | 　 | 裏 |
| 　大分大学医学部附属病院研修登録医登録証　　下記のとおり，大分大学医学部附属病院研修登録医として登録したことを証する。記　登録番号　登録年月日　氏名　生年月日　研修診療科　指導教員　研修期間　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　大分大学医学部附属病院長印 | 1　この登録証は，大分大学医学部附属病院において研修を行う場合は必ず携帯し，係員から請求があつた場合は呈示しなければならない。2　この登録証は，他人に貸与し，又は譲渡することはできない。3　この登録証を紛失したときは，直ちに発行人に届け出なければならない。4　この登録証は，この登録証に記載の研修期間が満了したとき，又は研修登録医の辞退等により資格を失つたときは，直ちに発行人に返付しなければならない。 |

（履歴）

平成２１年３月２５日作成

平成２１年７月　１日変更

平成２６年４月　１日変更

令和元年（2019年）５月１日変更

令和３年（2021年）４月１日変更