

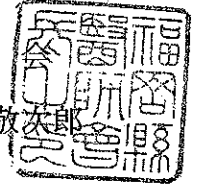
福岡医発第1936号(学)

平成15年1月31日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師

会 長 関 原 敬 次 郎



平成15年度研修登録医等の受け入れについて

標記の件につきまして、別添のとおり九州大学医学部附属病院より案内がま
いりました。

つきましては、貴会会員へご周知いただきますようお願い申し上げます。



九大院庶第625号
平成15年 1月22日

福岡県医師会会長
関 原 敬次郎 殿

九州大学医学部附属病院長
名和田 新

公印省略

平成15年度研修登録医等の受入れについて（依頼）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

本院の運営につきましては、かねてからご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成15年度の研修登録医及びエイズ診療従事者研修について、別添受入れ案内のとおり募集しますので、各市町村医師会へ周知くださるようお願いいたします。

なお、本件につきましては、福岡市医師会へ別途依頼しておりますので、申し添えます。

敬具

担当部課 九州大学医学部附属病院総務課庶務掛
電 話 092-642-5013
ファックス 092-642-5008
E-mail ibssyomu@jimu.kyushu-u.ac.jp



九州大学医学部附属病院 研修登録医及びエイズ診療従事者研修 受 入 れ 案 内

受入れ手続：研修を希望される方は、まず研修希望先の診療科長等へ相談の上、同意を得てください。その後の手続きは、下記の【申請】欄に定めるとおりです。

問合わせ先：九州大学医学部附属病院総務課庶務掛

〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1番1号

電話：092-642-5013 E-mail：ibssyomu@jimu.kyushu-u.ac.jp

1 研修登録医制度について

【趣 旨】

この制度は、医師の生涯学習に資するとともに、大学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、平成元年8月から始められたものです。

【資 格】

研修登録医となることができる方は、医師免許取得後2年以上を経過した医師です。

【診療及び研究への参加等】

研修登録医は、次の診療及び研究へ参加すること等ができます。

- ①当該診療科長等の監督を受け、指導教官の指導の下に病棟回診、症例検討会、その他の研究会に参加すること。
- ②当該診療科長等の監督を受け、指導教官の実地指導の下に自らが紹介した患者の診療に参加すること。
- ③本学の附属図書館を利用すること。

【診療報酬の帰属】

研修登録医が診療に参加することにより生じたすべての診療報酬は、本院に帰属します。

【申 請】

研修登録希望者は、次の書類を研修開始日の1ヵ月前までに研修希望先の診療科長等へ提出してください。

- | | | |
|----------------------------------|-----------|----|
| ①研修登録医受入れ許可申請書 | (別記様式第1号) | 1部 |
| ②所属医師会会長又は所属機関の長からの推薦書 | (別紙様式第1号) | 1部 |
| ③研修登録医受入れ同意書 | (別紙様式第2号) | 1部 |
| ④履歴書(市販のもの、写真貼付、医籍登録番号・登録日明記のこと) | | 1部 |

【受入れの許可】

研修登録希望の申請があった場合において、その申請内容が適当であり、病院の診療業務に支障がないと病院長が認めたときは、期間を定めて受入れを許可します。

【登 録】

研修登録医の受入れを許可したときは、助手以上の教官の中から指導教官を定め、研修登録医台帳に登録し、研修登録医登録証を交付します。

【受入れ期間】

研修登録医の受入れ期間は、1年以内とします。ただし、年度を越えて受入れることはできません。

【受入れ期間の更新】

研修期間終了後も引き続き研修登録を希望するときは、当該診療科長等の同意を得た上で、次の書類を研修期間満了の日の1ヵ月前までに当該診療科長等へ提出してください。

- | | | |
|------------------|-----------|----|
| ①研修登録医受入れ期間更新申請書 | (別記様式第4号) | 1部 |
| ②研修登録医受入れ期間更新同意書 | (別紙様式第3号) | 1部 |

【研修料】

研修登録医の研修料は、月額6,300円です。研修登録医として受入れを許可されたときは、研修開始日の前日までに研修月分をまとめて医事課収入掛(総合外来16番窓口)へ納付してください。

なお、既納の研修料は、理由の如何に関わらず還付できません。

【研修登録医の辞退】

研修登録医を辞退しようとするときは、当該診療科長等の同意を得て、次の書類を病院長へ提出してください。

- | | | |
|-------------|-----------|----|
| ①研修登録医辞退願 | (別紙様式第4号) | 1部 |
| ②研修登録医辞退同意書 | (別紙様式第5号) | 1部 |

【規則の遵守】

研修登録医は、本学が定める諸規則を遵守してください。

【受入れ許可の取消し】

研修登録医が前項の規定に違反し、又は研修登録医としてふさわしくない行為があったときは、研修登録医の受入れの許可を取り消すことがあります。

【損害賠償等】

研修登録医は、本人の故意又は過失により医療過誤を生じさせた場合又は施設、設備等を損傷させた場合は、法令の定めるところにより損害賠償等の責任を負うことになっています。

【受入れ診療科等】

診 療 科	第 一 内 科	第 二 内 科	第 三 内 科	心 療 内 科	神 経 内 科
	循 環 器 内 科	呼 吸 器 科	産 科 婦 人 科	小 児 科	第 一 外 科
	第 二 外 科	整 形 外 科	脳 神 経 外 科	心 臓 外 科	小 児 外 科
	皮 膚 科	泌 尿 器 科	精 神 科 神 経 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科
	放 射 線 科	麻 醉 科 蘇 生 科			
中央診療施設	検 査 部	手 術 部	放 射 線 部	集 中 治 療 部	病 理 部
	輸 血 部	救 急 部	冠 動 脈 疾 患 治 療 部	腎 疾 患 治 療 部	腫 瘍 セ ン タ ー
	総 合 診 療 部	周 産 母 子 セ ン タ ー	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 部	医 療 情 報 部	光 学 医 療 診 療 部
	先端医工学診療部				

別記様式第1号

年 月 日

九州大学医学部附属病院長 殿

氏 名 印
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上は、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、指導教官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 研修診療科等

4 研修期間 年 月 日～ 年 月 日

年 月 日

九州大学医学部附属病院長 殿

所属医師会会長
又は所属機関長

印

推 薦 書

このたび、本会（機関）所属の下記の者が貴院での研修を希望しています。
つきましては、同人を貴院の研修登録医として推薦いたしますので、その受入れについてご許可くださるようお願いいたします。

記

1 氏 名

2 住 所

3 勤 務 先

4 研修事項

5 研修期間 年 月 日～ 年 月 日

年 月 日

九州大学医学部附属病院長 殿

診療科（部）名

診療科（部）長

印

研修登録医受入れ同意書

このたび、下記の者から研修登録医としての受入れの希望がありましたが、本診療科（部）においてはその受入れについて支障はありません。

記

1 氏 名

2 研修事項

3 指導教官

4 研修期間 年 月 日～ 年 月 日

年 月 日

九州大学医学部附属病院長 殿

登録番号

登録年月日 平成 年 月 日

氏 名 印

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 研修診療科等

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

年 月 日

九州大学医学部附属病院長 殿

診療科（部）名

診療科（部）長

印

研修登録医受入れ期間更新同意書

このたび、下記の者から研修登録医としての受入れ期間の更新の希望がありましたが、本診療科（部）においてはその更新について支障はありません。

記

1 氏 名

2 研修事項

3 指導教官

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

年 月 日

九州大学医学部附属病院長 殿

登録番号

研修診療科（部）

氏 名

印

研 修 登 録 医 辞 退 願

私は、研修登録医として 年 月 日から 年 月 日まで受入れを許可されておりましたが、下記理由により辞退したいので、ご承認くださるようお願いします。

なお、既納の研修料の還付を受けないことについては、異存ありません。

記

（辞退の理由）

年 月 日

九州大学医学部附属病院長 殿

診療科（部）名

診療科（部）長

印

研修登録医辞退同意書

このたび、下記の者から研修登録医の辞退願がありましたが、本診療科（部）としてはこれを認めますので、よろしくお取り計らい願います。

記

登録番号

氏 名

2 エイズ診療従事者研修制度について

【趣 旨】

この制度は、地域の医療機関の医師に対し、エイズ診療に関する知識・医療技術についての研修を行い、地域におけるエイズ診療の充実を図ることを目的として、平成9年9月から始められたものです。

【資 格】

この研修を受けることができる方は、医師免許取得後2年以上を経過した医師です。

【診療及び研究会等への参加】

この研修を受ける医師は、次の診療及び研究会等へ参加することができます。

- ①当該診療部長の監督を受け、指導者の指導の下に病棟回診、症例検討会、その他の研究会に参加すること。
- ②指導者の実地指導の下に自らが紹介した患者の診療を行うこと。

【診療報酬の帰属】

この研修を受ける医師が診療を行うことにより生じたすべての診療報酬は、本院に帰属します。

【申 請】

研修希望者は、次の書類を研修開始日の1ヵ月前までに研修先の診療部長へ提出してください。

- | | | |
|-----------------------------------|-----------|----|
| ①エイズ診療従事者研修受入れ許可申請書 | (別記様式) | 1部 |
| ②所属医師会会長又は所属機関の長からの推薦書 | (別紙様式第1号) | 1部 |
| ③エイズ診療従事者研修受入れ同意書 | (別紙様式第2号) | 1部 |
| ④履歴書(市販のもの、写真貼付、医籍等登録番号・登録日明記のこと) | | 1部 |

【受入れの許可】

研修希望の申請があった場合において、その申請内容が適当であり、病院の診療業務に支障がないと病院長が認めたときは、期間を定めて受入れを許可します。

【指導者の選任】

研修の受入れを許可したときは、助手以上の教官の中から指導教官を選任します。

【受入れ期間】

研修の受入れ期間は、原則として連続する5日間とします。ただし、必要がある場合には日数を変更することができます。

【研修料】

この研修の研修料は、日額2,625円です。研修の受入れを許可されたときは、研修開始日の前日までに研修日数分をまとめて医事課収入掛(総合外来16番窓口)へ納付してください。

なお、既納の研修料は、理由の如何に関わらず還付できません。

【研修の辞退】

研修を辞退しようとするときは、当該診療部長の同意を得て、次の書類を病院長へ提出してください。

- | | | |
|------------------|-----------|----|
| ①エイズ診療従事者研修辞退願 | (別紙様式第3号) | 1部 |
| ②エイズ診療従事者研修辞退同意書 | (別紙様式第4号) | 1部 |

【規則の遵守】

研修を受ける方は、本学が定める諸規則を遵守してください。

【受入れ許可の取消し】

研修を受ける方が前項の規定に違反し、又は研修を受ける者としてふさわしくない行為があったときは、研修の受入れの許可を取り消すことがあります。

【損害賠償等】

この研修を受ける方は、本人の故意又は過失により医療過誤を生じさせた場合又は施設、設備等を損傷させた場合は、法令の定めるところにより損害賠償等の責任を負うことになっています。

【受入れ診療科等】

この研修は、本院総合診療部で受入れています。

別記様式

年 月 日

九州大学医学部附属病院長 殿

氏 名 印
免許の種類・番号

エイズ診療従事者研修受入れ許可申請書

下記のとおり貴院で研修したいので、受入れを許可くださるようお願いします。
なお、受入れを許可された上は、貴大学のエイズ診療従事者研修に関する規程
その他の諸規則を遵守し、指導教官の指示に従うことを誓約します。

記

- 1 研修職種
- 2 研修診療科等 九州大学医学部附属病院 総合診療部
- 3 研修希望期間 年 月 日～ 年 月 日

年 月 日

九州大学医学部附属病院長 殿

所属医師会会長
又は所属機関長

印

推 薦 書

このたび、本会（機関）所属の下記の者が貴院での研修を希望しています。
つきましては、同人を貴院のエイズ診療従事者研修を受ける者として推薦いたしますので、その受入れについてご許可くださるようお願いします。

記

1 氏 名

2 住 所

3 勤 務 先

4 研修期間 年 月 日～ 年 月 日

年 月 日

九州大学医学部附属病院長 殿

診療科（部）名 総合診療部

診療科（部）長

印

エイズ診療従事者研修受入れ同意書

このたび、下記の者からエイズ診療従事者研修の受入れの希望がありましたが、
本診療部においてはその受入れについて支障はありません。

記

1 氏 名

2 指導教官

3 研修期間 年 月 日～ 年 月 日

年 月 日

九州大学医学部附属病院長 殿

登録番号

研修診療科（部）

総合診療部

氏 名

印

エイズ診療従事者研修辞退願

私は、エイズ診療従事者研修を受ける者として 年 月 日から
年 月 日 まで受入れを許可されておりましたが、下記理由によ
り辞退したいので、ご承認くださるようお願いします。

なお、既納の研修料の還付を受けないことについては、異存ありません。

記

（辞退の理由）

年 月 日

九州大学医学部附属病院長 殿

診療科（部）名 総合診療部
診療科（部）長

印

エイズ診療従事者研修辞退同意書

このたび、下記の者からエイズ診療従事者研修の辞退願がありました。本診療部としてはこれを認めますので、よろしくお取り計らい願います。

記

登録番号

氏 名