

福岡県医発第2017号(地)

平成16年 2月13日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 関 原 敬次郎



平成16年度九州大学病院研修登録医等の受入れについて

標記の件につきまして、九州大学病院より別添のとおり連絡がありましたので、ご参考までにお知らせいたします。

なお、本件に関するお問い合わせ等は、直接下記宛ご連絡いただきますよう  
よろしくお願い申し上げます。

#### 記

- ・ 問い合わせ先

九州大学病院総務課研修企画掛

〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1番1号

電 話 : 092-642-5222、5223

E-Mail : ibskikak@jimu.kyusyu-u.ac.jp

---

小郡三井医師会より

担当理事 永田正和

各申請用紙は当医師会事務局にございますので、必要な方はご連絡ください。





九大院総研第229号  
平成16年1月16日

福岡県医師会長  
関原 敬次郎 殿

九州大学病院長  
名和田 新 公印省略

平成16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16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

九州大学病院総務課研修企画掛  
電話 092-642-5223 FAX092-642-5219  
e-mail:ibskikak@jimu.kyushu-u.ac.jp

# 九州大学病院 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：九州大学病院総務課研修企画掛

〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1番1号

電話：092-642-5222,5223 E-mail：ibskikak@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】

### 【医科部門】

|     |       |        |        |      |       |
|-----|-------|--------|--------|------|-------|
| 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  | 麻酔科蘇生科 |        |      |       |

|        |          |          |            |        |         |
|--------|----------|----------|------------|--------|---------|
| 中央診療施設 | 検査部      | 手術部      | 放射線部       | 集中治療部  | 病理部     |
|        | 遺伝・細胞線部  | 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 |
|        | 先端理工学診療部 |          |            |        |         |

【歯科部門】

診療科

口腔ケア・予防科  
咬合治療科  
口腔画像診断科

小児歯科  
義歯科  
口腔総合診療科

矯正歯科  
顎口腔外科  
全身管理歯科

歯周病科  
顔面口腔外科

歯内治療科  
歯科麻酔科