**日本内分泌学会認定教育施設申請書（内科）**

年 　　月 　　日

一般社団法人 日本内分泌学会　御中

当施設は、日本内分泌学会認定教育施設の認定規定により、認定教育施設としての認定を申請します。

施 設 名

診療科名

診療科長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

診療科所在地

〒

TEL　　　　　　　　　　　　　／　FAX

当施設が、日本内分泌学会認定教育施設としての申請を行うことを認めます。

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

診療科所在地

〒

TEL

**認定教育施設の内容証明書**

年 　　月 　　日

下記記載項目に相違ありません。

施設名・診療科名

診療科長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| （１）常勤する指導医の医師名 　　　 計　　　　名氏 名 |
| （２）診療施設の外来・病床の内容説明ⅰ） 開設年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日ⅱ） 内分泌代謝科専門外来開設 曜日時間（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）ⅲ） 開設以来の専門外来登録患者数　　　　　　　　　　　　名ⅳ） 内分泌代謝科入院病床数　　　　　　　　　　　　ベッド数ⅴ） 開設以来の内分泌代謝系入院患者数　　　　　　　　　　名 |

|  |
| --- |
| （３）内分泌代謝疾患診療実績表 （①最近５年間の疾患分野別の患者数を下記に記載し、②別表に分野別の代表的な各５症例の詳細な記載〔年齢，性別，カルテ№，診断名，診療内容〕をすること）ⅰ）間脳・下垂体疾患　　　　　　　　　　　　　　　　 名ⅱ）甲状腺疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名ⅲ）副甲状腺疾患、カルシウム代謝異常　　　　　　　 名ⅳ）副腎疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名ⅴ）性腺疾患（性腺機能異常症/原発性･続発性含む）　　 名ⅵ）糖尿病　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名ⅶ）脂質異常症　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名ⅷ）肥満症　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　　　　　　　　　　　　　　　　総計　　　　　　　　 名 |

|  |
| --- |
| （４）診療施設の下記設置状況（いずれかに○印をつけること）医学図書館（室）の設置の有無　　　　　有　　　　無診療記録管理室の有無　　　　　　　　　有　　　　無 |
| （上記項目の施設証明）当院においては上記（４）の設置状況に相違ありません。申請診療科長が所属する施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 施設所在地〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　 |

（５）研修カリキュラム（３年間分）を記載すること。　～複数枚提出可。既存のカリキュラム代用も可～