**日本内分泌学会認定教育施設申請書（産婦人科）**

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

※施設名・診療科名は正式名称で記載して下さい。

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症例以上の詳細な記載〔年齢，性別，カルテ№，診断名，診療内容〕をすること）  ⅰ）視床下部疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　名  ⅱ）下垂体疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名  ⅲ）卵巣疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名  ⅳ）子宮疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名  ⅴ）思春期疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名  ⅵ）更年期疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名  ⅶ）妊娠合併症　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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～