様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

**認定施設認定申請書**

日本病院総合診療医学会　御中

　当院を日本病院総合診療医学会認定施設として申請致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | |
| 施設名 |  | |
| フリガナ |  | |
| 施設長氏名  （病院長） | 公印 | |
| 施設所在地 | 〒　　　　－  都 道  府 県 | |
| TEL | （　　　　　）　　　　　　－ | |
| ホームページ URL |  | |
| フリガナ |  | |
| 責任者氏名  \*(特任)指導医資格取得者 | ㊞ | |
| 診療科 | |  |
| 連絡先 | | TEL |
| E-mailアドレス | |  |

**届出者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属部署・役職 |  | 氏名 |  |
| E-mailアドレス |  | | |

様式２

**施設内容説明書**

**１　診療科名・総病床数・総常勤医師数について**

※病院すべての診療科名を記載

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診 療 科 名 | 診　療　科　名 | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **総病床数** | |  |
| **総医師数** | |  |

* １日平均外来患者数　　　　　　　 （　　　　　　名／日）
* 内　総合診療科受診患者数　　　　 （　　　　　　名／日）
* 総合診療（科・部）　　　　病床数 （　　　　）

常勤医師数 （　　　　）非常勤医師数（　　　　）

様式３

**日本病院総合診療医学会認定施設における**

**総合診療医（指導医・特任指導医）の勤務証明書**

※責任者は一番上段にご記入下さい。

※指導医・特任指導医申請中の方は登録番号記載欄は「申請中」とご記入下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 | 他の専門分野 | 本学会指導医  登録番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

以上の医師が常勤、または基幹病院より定期訪問し指導に当たることを証明します。

　　　　　　　年　　　　月　　　 日

　　　　　　　　　施設名

公印

施設長氏名（病院長）