

臨床研修における 役割・機能

7. 病院群の構成等

別表

基幹型又は地域密着型病院の名称（所在都道府県）：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院 （愛知県）

基幹型又は地域密着型病院				協力型病院					臨床研修協力施設					研修プログラム	
所在都道府県	二次医療圏	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・ 削除	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・ 削除	名称	新規	名称	定員
愛知県	名古屋・尾張中部	名鉄病院 (病院施設番号:030404)		愛知県	名古屋・尾張中部		日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 (病院施設番号:030401)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市千種保健センター (病院施設番号:033402)		名鉄病院医師臨床研修プログラム	6
				愛知県	名古屋・尾張中部		愛知県精神医療センター (病院施設番号:030417)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市東保健センター (病院施設番号:033403)			
				愛知県	尾張東部		愛知医科大学病院 (病院施設番号:030420)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市北保健センター (病院施設番号:033404)			
				愛知県	名古屋・尾張中部		医療法人賛生会 八事病院 (病院施設番号:030810)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市西保健センター (病院施設番号:033405)			
				愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市立大学医学部附属西部医療センター (病院施設番号:030915)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市中村保健センター (病院施設番号:033406)			
				愛知県	名古屋・尾張中部		愛知県済生会リハビリテーション病院 (病院施設番号:031044)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市中保健センター (病院施設番号:033407)			
							(病院施設番号:)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市昭和保健センター (病院施設番号:033408)			
							(病院施設番号:)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市瑞穂保健センター (病院施設番号:033409)			
							(病院施設番号:)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市熱田保健センター (病院施設番号:033410)			
							(病院施設番号:)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市中川保健センター (病院施設番号:033411)			

病院群を構成する臨床研修病院及び研修協力施設（病院又は診療所に限る）が同一の二次医療圏又は同一の都道府県を越えている場合は、その理由を以下に記載。

愛知医科大学病院（麻酔科）は当院麻酔科と密接な関係があり、高度な麻酔科研修を行う場合に備えて、病院群に登録しております。

※ 該当する項目について、上から病院施設番号順に結めて記入すること。

※ 病院群を構成するすべての基幹型病院、地域密着型病院、協力型病院及び臨床研修協力施設（今回の届出により削除しようとするものを含む。）の所在都道府県、二次医療圏、名称をそれぞれの「所在都道府県」「二次医療圏」「名称」欄に記入（既に病院施設番号を取得している研修病院等は番号を「名称」欄に記入）した上で、それぞれの施設が新たに臨床研修協力病院（協力施設）となる場合は「新規」欄に「○」を記入し、また、臨床研修病院（協力施設）を追加又は削除する場合にはそれぞれの施設が以前の病院群に追加されるか以前の病院群から削除されるかにより「追加・削除」欄に「追加」又は「削除」を記入すること。

※ 当該病院群に係るすべての研修プログラムの名称及び募集定員（自治医科大学卒業生分等マッチングによらないものを含む）を「研修プログラム」欄に記入すること。

7. 病院群の構成等

別表

基幹型又は地域密着型病院の名称（所在都道府県）：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院（愛知県）

基幹型又は地域密着型病院				協力型病院					臨床研修協力施設					研修プログラム	
所在都道府県	二次医療圏	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・ 削除	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・ 削除	名称	新規	名称	定員
愛知県	名古屋・尾張中部	名鉄病院 (病院施設番号:030404)							愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市港保健センター (病院施設番号:033412)		名鉄病院医師臨床研修 プログラム	
									愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市南保健センター (病院施設番号:033413)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市守山保健センター (病院施設番号:033414)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市緑保健センター (病院施設番号:033415)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市名東保健センター (病院施設番号:033416)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市天白保健センター (病院施設番号:033417)			
									愛知県	海部医療圏		マスブン医院 (病院施設番号:033698)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		老人保健施設 満天星 (病院施設番号:041050)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		医療法人 古山医院 (病院施設番号:056614)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		尾関医院 (病院施設番号:096280)			

病院群を構成する臨床研修病院及び研修協力施設（病院又は診療所に限る）が同一の二次医療圏又は同一の都道府県を越えている場合は、その理由を以下に記載。

マスブン医院(あま市甚目寺)は医療圏は違いますが、当院所在地(名古屋市西区)に隣接する近隣の医療機関で診療上のかかわりも深く、地域医療、地域保健の研修施設として適切と考え、研修協力施設に登録しております。

※ 該当する項目について、上から病院施設番号順に結めて記入すること。

※ 病院群を構成するすべての基幹型病院、地域密着型病院、協力型病院及び臨床研修協力施設（今回の届出により削除しようとするものを含む。）の所在都道府県、二次医療圏、名称をそれぞれの「所在都道府県」「二次医療圏」、「名称」欄に記入（既に病院施設番号を取得している研修病院等は番号を「名称」欄に記入）した上で、それぞれの施設が新たに臨床研修協力病院（協力施設）となる場合は「新規」欄に「○」を記入し、また、臨床研修病院（協力施設）を追加又は削除する場合にはそれぞれの施設が以前の病院群に追加されるか以前の病院群から削除されるかにより「追加・削除」欄に「追加」又は「削除」を記入すること。

※ 当該病院群に係るすべての研修プログラムの名称及び募集定員（自治医科大学卒業生分等マッチングによらないものを含む）を「研修プログラム」欄に記入すること。

7. 病院群の構成等

別表

基幹型又は地域密着型病院の名称（所在都道府県）：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院（愛知県）

基幹型又は地域密着型病院				協力型病院					臨床研修協力施設					研修プログラム	
所在都道府県	二次医療圏	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・ 削除	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・ 削除	名称	新規	名称	定員
愛知県	名古屋	名鉄病院 (病院施設番号:030404)							愛知県	名古屋・尾張中部		医療法人 桜井医院 (病院施設番号:106023)		名鉄病院医師臨床研修 プログラム	
									愛知県	名古屋・尾張中部		リウゲ内科 小田井クリニッ ク (病院施設番号:106024)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		坂倉医院 (病院施設番号:126878)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		穂田クリニック (病院施設番号:126886)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		まごころの社クリニック (病院施設番号:126889)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		あおい在宅診療所 (病院施設番号:147735)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		クリニックかけはし (病院施設番号:168395)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		かとう医院 (病院施設番号:178447)			

病院群を構成する臨床研修病院及び研修協力施設（病院又は診療所に限る）が同一の二次医療圏又は同一の都道府県を越えている場合は、その理由を以下に記載。

※ 該当する項目について、上から病院施設番号順に詰めて記入すること。

※ 病院群を構成するすべての基幹型病院、地域密着型病院、協力型病院及び臨床研修協力施設（今回の届出により削除しようとするものを含む。）の所在都道府県、二次医療圏、名称をそれぞれの「所在都道府県」「二次医療圏」、「名称」欄に記入（既に病院施設番号を取得している研修病院等は番号を「名称」欄に記入）した上で、それぞれの施設が新たに臨床研修協力病院（協力施設）となる場合は「新規」欄に「○」を記入し、また、臨床研修病院（協力施設）を追加又は削除する場合にはそれぞれの施設が以前の病院群に追加されるか以前の病院群から削除されるかにより「追加・削除」欄に「追加」又は「削除」を記入すること。

※ 当該病院群に係るすべての研修プログラムの名称及び募集定員（自治医科大学卒業生分等マッチングによらないものを含む）を「研修プログラム」欄に記入すること。

29. 研修プログラムの名称及び概要

プログラム番号： 030404407

病院施設番号： 030404

臨床研修病院の名称： 名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

臨床研修病院群番号：

臨床研修病院群名： 名鉄病院臨床研修病院群

プログラム番号、病院施設番号及び臨床研修病院群番号は、既に取得されている場合に記入してください。

1. 研修プログラムの名称	名鉄病院医師臨床研修プログラム
2. 研修プログラムの特色	①内科、救急、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科を必修とし、プライマリ・ケアに必要な、広範な基本的診療能力を身に着けることができます。 ②救急に関しては、平日昼間の勤務時間内の救急車対応および、休日、夜間の救急外来における研修を組み合わせ、軽症から重症までの幅広い救急対応を学ぶことができます。 ③地域医療研修においては、当院と密接な連携関係にある、当地区の医療機関での研修をおこない、当地区の地域医療の実情および、地域医療連携の実際を学ぶことができます。 ④選択研修期間を 31 週とし、この間に、将来の進路に対する希望を見据えた、より深い診療能力を身に着けることができます。 ⑤定期的に研修医に対する教育の場を設け、常に最新の知識、情報を学ぶことができます。
3. 臨床研修の目標の概要	医療人として必要な基本的姿勢・態度を習得するために、研修医が指導医のもとでプライマリ・ケアに必要な幅広い知識と能力を得るとともに生涯学習の精神を保ち、常に進歩する医学に対応できる知識と技術の習得法を学びます。患者・医師関係においては医療を受ける人々の人格を尊重し、医療内容をよく説明し、信頼を得るようにするとともに医療の社会的重要性、高い公共的役割を会得します。これらの目的に達するため研修医は指導医とともに医療の関係者が協力して医療につくし、医療の安全管理の方策を実につけ、診療計画の立案実行を行います。このようにして医師としての幅広い資質の向上を図ることが本プログラムの目標であります。
4. 研修期間	(2) 年 (原則として、「2年」と記入してください。)
備考	研修後そのまま専門研修に入り3年以上研修可能な病院は、その旨を記入してください。 3年間の専門研修をおこなっています。

5. 臨床研修を行う分野		研修分野ごとの病院又は施設（研修分野ごとの研修期間）			
		* 同一の研修分野について複数の病院又は施設で研修を行う場合には、適宜欄を分割してすべての病院又は施設の名称（病院施設番号）を記入してください。 * 研修期間は、研修分野ごとに週単位で記入してください。各研修分野におけるプログラムの詳細は備考欄に記入してください。 * 選択科目については、その診療科を選択した場合の病院又は施設等を記入してください。			
		病院施設番号	病院又は施設の名称	研修期間	内一般外来
(記入例) x x 科		1234567	〇〇 病院	〇週	〇週
必修科目・分野	救急部門	030404	名鉄病院	8週	
	内科	030404	名鉄病院	26週	
	地域医療		下記いずれかの複数施設で	4週	一般外来 2週 在宅診療 1週
		031044	愛知県済生会リハビリテーション病院		
		033698	マスブン医院		
		041050	老人保健施設 満天星		
		096280	尾関医院		
		106024	リウゲ内科 小田井クリニック		
		106023	医療法人 桜井医院		
		178447	かとう医院		
		126888	徳田クリニック		
		126889	まごころの杜クリニック		
		126878	坂倉医院		
		147735	あおい在宅診療所		
		168395	クリニックかけはし		
		056614	医療法人 古山医院		
	外科	030404	名鉄病院	4週	
	総合内科	030404	名鉄病院	4週	
	小児科	030404	名鉄病院	5週	
	産婦人科		当院および下記 2 施設の内 1 施設で	4週	
		030404	名鉄病院		
		030401	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院		
		030915	名古屋市立西部医療センター		
	精神科		下記 2 施設を選択して	4週	
		030417	愛知県精神医療センター		
		030810	医療法人資生会 八事病院		
病院で定めた	脳神経外科	030404	名鉄病院	2週	
	泌尿器科	030404	名鉄病院	2週	
	整形外科	030404	名鉄病院	2週	
	耳鼻咽喉科	030404	名鉄病院	2週	

必修 科目	麻酔科		下記 2 施設を選択して	4 週			
		030404	名鉄病院				
		030420	愛知医科大学病院				
	選択 科目	眼科	030404	名鉄病院	31 週		
		皮膚科	030404	名鉄病院			
		放射線科	030404	名鉄病院			
		病理診断科	030404	名鉄病院			
		保険・医療行政	033402	名古屋市千種保健センター			
		保険・医療行政	033403	名古屋市東保健センター			
		保険・医療行政	033404	名古屋市北保健センター			
			保険・医療行政	033405		名古屋市西保健センター	
			保険・医療行政	033406		名古屋市中村保健センター	
	保険・医療行政		033407	名古屋市中保健センター			
	保険・医療行政		033408	名古屋市昭和保健センター			
	保険・医療行政		033409	名古屋市瑞穂保健センター			
	保険・医療行政		033410	名古屋市熱田保健センター			
	保険・医療行政		033411	名古屋市中川保健センター			
保険・医療行政	033412		名古屋市港保健センター				
保険・医療行政	033413		名古屋市南保健センター				
保険・医療行政	033414		名古屋市守山保健センター				
保険・医療行政	033414	名古屋市緑保健センター					
保険・医療行政	033415	名古屋市名東保健センター					
保険・医療行政	033417	名古屋市天白保健センター					
			上記を適宜選択して				

備考

- ・ 基幹型臨床研修病院での研修期間は最低 86 週
- ・ 臨床研修施設での研修期間は最大 12 週
- ・ 救急研修はブロック研修 8 週間と、研修期間 2 年を通じて平日夜間、休日日中・夜間の救急外来（月 4 回程度）を行う。
- ・ 一般外来研修を行う診療科は、内科、外科、小児科、地域医療、総合内科
- ・ 週間の産婦人科研修のうち、分娩は協力病院で 2 週間行います。

6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（2022 年度開催回数 6 回）

病院施設番号：030404 臨床研修病院の名称：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

氏名	所属	役職	備考
クズヤ マサフミ	名鉄病院	院長	研修管理委員長
葛谷 雅文			
タケダ キンイチ	名鉄病院	副院長	プログラム責任者 臨床研修指導医
竹田 欽一			
イチハラ ヨシオ	名鉄病院	部長	臨床研修指導医
市原 義雄			
ニシオ ユウジ	名鉄病院	部長	臨床研修指導医
西尾 雄司			
ヤマモト カナ	名鉄病院	医師	臨床研修指導医
山本 佳奈			
コバヤシ ヒロユキ	名鉄病院	副院長	臨床研修指導医
小林 裕幸			
ヒシダ ミツヒロ	名鉄病院	部長	臨床研修指導医
菱田 光洋			
ツノダ ユキコ	名鉄病院	医師	
角田 夕紀子			
タカハシ スマコ	名鉄病院	看護部長	
高橋 須磨子			
ムトウ タツヤ	名鉄病院	薬剤部長	
武藤 達也			

※ 1 ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（2022 年度開催回数 6 回）

病院施設番号：030404 臨床研修病院の名称：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

氏名		所属	役職	備考
スズキ セイジ		名鉄病院	課長（診療放射線技師）	
鈴木	誠治			
ハットリ タダシ		名鉄病院	係長（臨床検査技師）	
服部	正			
ヨシダ テルモト		名鉄病院	事務部長	
吉田	輝基			
カワイ ヒロキ			外部委員（西区医師会長）	
河合	宏紀			
ツダ ヒロユキ		日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院	第三産婦人科部長	研修実施責任者、指導医
津田	弘之			
カタダ エイイチ		名古屋市立西部医療センター	臨床研修センター長	研修実施責任者
片田	栄一			
ヨネダ チカコ		愛知県済生会リハビリテーション病院	部長	研修実施責任者
米田	千賀子			
ナカノ ショウゴ		愛知医科大学病院	卒後臨床研修センター長	研修実施責任者
中野	正吾			
ヨシダ シンイチ		医療法人資生会 八事病院	副院長	研修実施責任者
吉田	伸一			
ハブチ チカコ		愛知県精神医療センター	総合医療部長	研修実施責任者、指導医
羽淵	知可子			

※ 1 ページ目の最上欄には、研修管理委員長の名等を入力すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を入力すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を入力すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（2022 年度開催回数 6 回）

病院施設番号：030404 臨床研修病院の名称：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

氏名		所属	役職	備考
シモカタ タツユキ		マスブン医院	院長	研修実施責任者
下方	辰幸			
ホッタ リョウ		老人保健施設 満天星	施設長	研修実施責任者
堀田	良			
オゼキ ノリシゲ		尾関医院	院長	研修実施責任者
尾関	規重			
リュウゲ ジロウ		リウゲ内科 小田井クリニック	院長	研修実施責任者
龍華	二郎			
サクライ サトシ		医療法人 桜井医院	院長	研修実施責任者
桜井	敏			
カトウ シンジ		かとう医院	院長	研修実施責任者
加藤	真司			
トクダ マモル		徳田クリニック	院長	研修実施責任者、指導医
徳田	衛			
イワオ ヤスコ		まごころの杜クリニック	院長	研修実施責任者、指導医
岩尾	康子			
サカクラ カズヨシ		坂倉医院	院長	研修実施責任者
坂倉	一義			
キマタ タカヤ		あおい在宅診療所	院長	研修実施責任者、指導医
木股	貴哉			

※ 1 ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（2022 年度開催回数 6 回）

病院施設番号：030404 臨床研修病院の名称：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

氏名		所属	役職	備考
ヨコツカ タロウ		クリニック かけはし	院長	研修実施責任者、指導医
横塚	太郎			
コヤマ アキオ		医療法人 古山医院	院長	研修実施責任者
古山	明夫			
マツモト ミツヒロ		名古屋市千種保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
松本	光弘			
ノロ ユウキ		名古屋市東保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
野呂	優樹			
カネダ セイイチ		名古屋市北保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
金田	誠一			
タナベ ヒロシ		名古屋市西保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
田邊	裕			
カミヤ ミホ		名古屋市中村保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
神谷	美歩			
ヤマダ ケイイチ		名古屋市中保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
山田	敬一			
クズシマ キヨタカ		名古屋市昭和保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
葛島	清隆			
ヤスフク サユリ		名古屋市瑞穂保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
安福	小由里			

※ 1 ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（2022 年度開催回数 6 回）

病院施設番号：030404 臨床研修病院の名称：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

氏名		所属	役職	備考
ナツメ ヒロミキ		名古屋市熱田保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
夏目	洋幹			
イトウ ヤスノリ		名古屋市中川保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
伊藤	恭典			
カタヤマ ミユキ		名古屋市港保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
片山	幸			
ゴシマ アキラ		名古屋市南保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
五島	明			
ミズタニ アイコ		名古屋市守山保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
水谷	亜以子			
オオシゲ ライザブロウ		名古屋市緑保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
大重	頼三郎			
ホソノ アキヒロ		名古屋市名東保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
細野	晃弘			
ハセベ テツヤ		名古屋市天白保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
長谷部	哲也			

※ 1 ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

別紙4
(No. /)

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験 年数	指導医講習会等の 受講経験 有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任 者 2 副プログラ ム責任者 3 研修 実施責任者 4 臨床研修指導医 (指導医)
内科	竹田 欽一	名鉄病院	副院長	29	○	プログラム責任者 日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404406,030404 407	1、4
内科	市原 義雄	名鉄病院	部長	40	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404 407	4
内科	杉浦 宏紀	名鉄病院	部長	41	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404 407	4
内科	野田 友則	名鉄病院	部長	19	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404406,030404 407	4
内科	緒方 良	名鉄病院	部長	17	○	名大ネットワーク指導医講習会受講済	030404406,030404 407	4
内科	西尾 雄司	名鉄病院	部長	36	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404406,030404 407	4
内科	山本 佳奈	名鉄病院	医師	8	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404406,030404 407	4
内科	宮尾 真一	名鉄病院	部長	40	○	名大ネットワーク指導医講習会受講済	030404406,030404 407	4
内科	満間 典雅	名鉄病院	部長	31	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404 407	4
内科	内田 圭	名鉄病院	部長	23	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404406,030404 407	4
内科	佐尾 浩	名鉄病院	部長	43	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404 407	4
内科	岡本 秀樹	名鉄病院	副院長	38	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404 407	4
小児科	渡邊 修大	名鉄病院	部長	27	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404 407	4
外科	野崎 英樹	名鉄病院	部長	45	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404 407	4
外科	小林 裕幸	名鉄病院	副院長	39	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404 407	4
外科	中山 裕史	名鉄病院	部長	29	○	国立病院機構臨床研修指導医講習会受講済	030404406,030404 407	4

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医(指導医)
外科	菱田 光洋	名鉄病院	部長	22	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404406,030404407	4
外科	鳥居 康二	名鉄病院	部長	21	○	愛知県厚生農業協同組合連合会臨床研修指導医講習会受講済	030404406,030404407	4
外科	土屋 篤志	名鉄病院	副院長	26	○	名大ネットワーク指導医講習会受講済	030404406,030404407	4
外科	長谷川 一行	名鉄病院	部長	19	○	愛知県厚生農業協同組合連合会臨床研修指導医講習会受講済	030404406,030404407	4
外科	大原 茂幹	名鉄病院	部長	44	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404407	4
外科	竹内 洋太郎	名鉄病院	部長	26	○	国立病院機構臨床研修指導医講習会受講済	030404406,030404407	4
産婦人科	平尾 有希恵	名鉄病院	部長	35	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404406,030404407	4
麻酔科	藤原 祥裕	名鉄病院	副院長	36	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404407	4
麻酔科	明石 学	名鉄病院	部長	48	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404406,030404407	4
麻酔科	神立 延久	名鉄病院	部長	27	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404407	4
麻酔科	佐藤 祐子	名鉄病院	部長	27	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404407	4
麻酔科	橋本 篤	名鉄病院	部長	25	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404407	4
救急部	三島 亜紀	名鉄病院	部長	21	○	藤田保健衛生大学病院臨床研修指導医講習会受講済	030404406,030404407	4
泌尿器科	成島 雅博	名鉄病院	部長	39	○	名大ネットワーク指導医講習会受講済	030404406,030404407	4
泌尿器科	荒木 英盛	名鉄病院	部長	25	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406,030404407	4
耳鼻咽喉科	植田 広海	名鉄病院	部長	44	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404406,030404407	4

別紙4
(No.3)

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医(指導医)
選択	高木 智穂	名鉄病院	部長	21	○	名大ネットワーク指導医講習会受講済	030404406,03040407	4
選択	永田 俊人	名鉄病院	部長	34	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404406,03040407	4
病理診断科	原田 智子	名鉄病院	部長	32	×		030404406,03040407	3、上級医
看護部	高橋 須磨子	名鉄病院	看護部長				030404406,03040407	指導者
薬剤部	武藤 達也	名鉄病院	薬剤部長				030404406,03040407	指導者
放射線科	鈴木 誠治	名鉄病院	課長(診療放射線技師)				030404406,03040407	指導者
中央臨床検査部	服部 正	名鉄病院	係長(臨床検査技師)				030404406,03040407	指導者
地域医療	下方 辰幸	マスブン医院	院長	41	×		030404406	3、上級医
地域医療	尾関 規重	尾関医院	院長	44	×		030404406	3、上級医
地域医療	龍華 二郎	リウゲ内科 小田井クリニック	院長	53	×		030404406	3、上級医
地域医療	桜井 敏	医療法人 桜井医院	院長	37	×		030404406	3、上級医
地域医療	徳田 衛	徳田クリニック	院長	34	○	名大ネットワーク指導医講習会受講済	030404406	3、4
地域医療	岩尾 康子	まごころの杜クリニック	院長	28	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406	3、4
地域医療	坂倉 一義	坂倉医院	院長	42	×		030404406	3、上級医
地域医療	木股 貴哉	あおい在宅診療所	院長	23	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406	3、4
地域医療	横塚 太郎	クリニックかけはし	院長	20	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406	3、4

別紙4
(No. 4)

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号: Q30404

臨床研修病院の名称: 名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医(指導医)
地域医療	鬼頭 哲太郎	クリニックかけはし	副院長	20	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404406	4
地域医療	古山 明夫	医療法人 古山医院	院長	45	×		030404406	3、上級医
地域医療	加藤 眞司	かとう医院	院長	45	×		030404406	3、上級医
選択	堀田 良	老人保健施設 満天星	施設長	48	×		030404406	3、上級医
選択	松本 光弘	千種保健センター	保健センター 所長	29			030404406	3、上級医
選択	野呂 優樹	東保健センター	保健センター 所長	5			030404406	3、上級医
選択	金田 誠一	北保健センター	保健センター 所長	45			030404406	3、上級医
選択	田邊 裕	西保健センター	保健センター 所長	14			030404406	3、上級医
選択	神谷 美歩	中村保健センター	保健センター 所長	35			030404406	3、上級医
選択	山田 敬一	中保健センター	保健センター 所長	38			030404406	3、上級医
選択	葛島 清隆	昭和保健センター	保健センター 所長	38			030404406	3、上級医
選択	安福 小由里	瑞穂保健センター	保健センター 所長	27			030404406	3、上級医
選択	夏田 洋幹	熱田保健センター	保健センター 所長	35			030404406	3、上級医
選択	伊藤 恭典	中川保健センター	保健センター 所長	28			030404406	3、上級医
選択	片山 幸	港保健センター	保健センター 所長	24			030404406	3、上級医
選択	五島 明	南保健センター	保健センター 所長	33			030404406	3、上級医

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医(指導医)
選択	水谷 亜以子	守山保健センター	保健センター指導医	14			030404406	3、上級医
選択	大重 頼三郎	緑保健センター	保健センター所長	44			030404406	3、上級医
選択	細野 晃弘	名東保健センター	保健センター所長	20			030404406	3、上級医
選択	長谷部 哲也	天白保健センター	保健センター所長	21			030404406	3、上級医
産婦人科	水野 公雄	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	副院長 兼 総合周産期母子医療センター長 兼 第一産婦人科部長 兼 医療技術部長	39	○	産婦人科指導医・専門医、婦人科腫瘍指導医・専門医、がん治療認定医、周産期新生児医学会暫定代表指導医、指導医講習会受講済	030404406	3、4
産婦人科	安藤 智子	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	第二産婦人科部長 兼 遺伝カウンセリングセンター長	36	○	産婦人科専門医、生殖医療指導医・専門医、内分泌代謝科(産婦人科)専門医、内分泌代謝科指導医、遺伝カウンセリング専門医、女性ヘルスケア暫定指導医、指導医講習会受講済	030404406	4
産婦人科	津田 弘之	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	第三産婦人科部長	22	○	産婦人科指導医・専門医、周産期専門医(母体・胎児)指導医、指導医講習会受講済、プログラム養成講習会受講済	030404406	4
産婦人科	廣村 勝彦	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	第一産婦人科副部長	19	○	産婦人科専門医・指導医、婦人科腫瘍専門医、がん治療認定医、腹腔鏡技術認定医、指導医講習会受講済	030404406	4
産婦人科	坂堂 美央子	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	第二産婦人科副部長	18	○	産婦人科指導医・専門医、がん治療認定医、婦人科腫瘍専門医、腹腔鏡技術認定医、女性ヘルスケア専門医、指導医講習会受講済	030404406	4
産婦人科	齋藤 愛	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	第三産婦人科副部長	18	○	産婦人科指導医・専門医、女性ヘルスケア指導医・専門医、生殖医療専門医、指導医講習会受講済	030404406	4
産婦人科	手塚 教子	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	産婦人科医長	17	○	産婦人科指導医・専門医、周産期(母体・胎児)専門医、指導医講習会受講済	030404406	4
産婦人科	伊藤 由美子	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	産婦人科医長	17	○	産婦人科専門医、周産期(母体・胎児)専門医、臨床遺伝専門医、母体保護法指定医、ICLSインストラクター、新生児蘇生法「専門」コースインストラクター、J-MELSベーシックコース・インストラクター、ALSOインストラクター、指導医講習会受講済	030404406	4
産婦人科	福原 伸彦	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	医師	11	○	麻薬施用者免許、指導医講習会受講済	030404406	4
産婦人科	尾崎 康彦	西部医療センター産婦人科	副院長 部長	36	○	名古屋市立大学病院第1回臨床研修指導医講習会受講済み、日本産科婦人科学会産婦人科専門医・指導医、母体保護法指定医 名古屋市立大学高度医療教育研修センター教授	030404406	4

別紙4

(No. 6)

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験 年数	指導医講習会等の 受講経験 有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任 者 2 副プログラ ム責任者 3 研修 実施責任者 4 研 修指導医 (指導医)
産婦人科	中元 永理	西部医療センター産 婦人科	副部長	17	○	第16回愛知県厚生農業協同組合連合会臨床研修指導医講習会 受講済み、日本産婦人科学会産婦人科専門医	030404406	4
産婦人科	西川 尚実	西部医療センター産 婦人科	周産期医療センター長 部長	29	○	愛知県医師会・日本医師会平成29年1月28日開催指導医のため のワークショップ受講済み、日本産科婦人科学会産婦人科専門医 母体保護法指定医 日本周産期・新生児学会周産期(母体・胎児)専門医・認定医 日本人類遺伝学会専門医	030404406	4
地域医療	米田 千賀子	愛知県済生会リハビ リテーション病院	部長	30	×		030404406	3、上級医
精神科	水谷 浩明	八事病院	院長	34	○	精神保健指導医	030404406	4
精神科	橋本 伸彦	八事病院	精神科医長	21	○	精神保健指導医	030404406	4
精神科	早川 雅美	八事病院		34	○	精神保健指導医	030404406	4
精神科	内田 あおい	八事病院		27	○	精神保健指導医	030404406	4
精神科	井上 裕一	八事病院		17	○	精神保健指導医	030404406	4
精神科	新井 貴之	八事病院		9	○	精神保健指導医	030404406	4
精神科	吉田 晶子	八事病院		19	○	精神保健指導医	030404406	4
精神科	高木 宏	愛知県精神医療セ ンター	院長	31	○	精神保健指定医	030404406	4
精神科	平澤 克己	愛知県精神医療セ ンター	副院長	30	○	精神保健指定医	030404406	4、2
精神科	羽瀧 知可子	愛知県精神医療セ ンター	副院長兼総合医療部 長兼地域医療連携室 長	29	○	精神保健指定医	030404406	1、3、4
精神科	吉岡 眞吾	愛知県精神医療セ ンター	病棟診療部長	34	○	精神保健指定医	030404406	4
精神科	中岡 健太郎	愛知県精神医療セ ンター	社会復帰部長	26	○	精神保健指定医	030404406	4

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

別紙4

(No. 7)

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験 年数	指導医講習会等の 受講経験 有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任 者 2 副プログラ ム責任者 3 研修 実施責任者 4 臨床研修指導医 (指導医)
精神科	山崎 恭一	愛知県精神医療セ ンター	外来診療部長	27	○	精神保健指定医	030404406	4
精神科	合澤 祐	愛知県精神医療セ ンター	病棟診療部医長	15	○	精神保健指定医	030404406	4
精神科	鈴木 佳乃子	愛知県精神医療セ ンター	病棟診療部医長	10	×	精神保健指定医	030404406	4
精神科	原野谷 郁夫	愛知県精神医療セ ンター	社会復帰部医長	14	○	精神保健指定医	030404406	4
精神科	辻 里花	愛知県精神医療セ ンター	外来診療部医長	19	×	精神保健指定医	030404406	4
麻酔科	野手 英明	愛知医科大学病院	教授(特任)	15	○	臨床研修指導医養成講習会修了(H29年度)	030404406	4

2022 年次報告

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2023 年 4 月 27 日

都道府県知事 殿

病院名 名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院
開設者 名古屋鉄道健康保険組合 理事長 加藤 悟司

医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 14 年厚生労働省令第 158 号）第 12 条に基づき、年次報告書を提出いたします。

また、併せて、同省令第 9 条に基づき、1. 研修プログラムの変更、2. 研修プログラムの新設を届け出ます。（研修プログラムを変更する場合には「1. 研修プログラム変更」に、研修プログラムを新設する場合には「2. 研修プログラムの新設」に○をつけてください。）

① 基幹型臨床研修病院 2. 協力型臨床研修病院 （報告又は届出を行う臨床研修病院の型の番号に○をつけてください。）

- ・項目番号 1 から 25 までについては、年次報告において記入してください。
- ・研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号 26 から 36 までについても記入してください。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 1 ー

病院施設番号： 030404

臨床研修病院の名称： 名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

記入日：西暦 2023 年 4 月 27 日

病院施設番号 (基幹型、協力型記入) 既に番号を取得している臨床研修病院については 病院施設番号を記入してください。	030404		臨床研修病院群の名称 (基幹型、協力型記入) 既に臨床研修病院群番号を有している臨床 研修病院群については、番号も記入し てください。	名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 030404
作成責任者の氏名及び連絡先 (基幹型、協力型記入) 本報告書の問合せに対して回答できる作成 責任者について記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ 氏名(姓) (名) 平野 弘	役職 総務課 研修管理室担当 係長 (内線 6244) (直通電話 (052) 551—6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)		
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ ナゴヤテツドウケンコウホケンクミアイ メイテツビョウイン 名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院			
2. 病院の所在地及び二次医療圏の名称 (基幹型、協力型記入)	〒 4 5 1 - 8 5 1 1 (愛知 都・道・府 県) 名古屋市西区栄生 2-26-11 電話：(052) 551—6121 F A X：(052) 551—6711 二次医療圏 の名称：名古屋・尾張中部			
3. 病院の開設者の氏名(法人の名称) (基幹型、協力型記入)	フリガナ ナゴヤテツドウケンコウホケンクミアイ リジチョウ カトウ サトシ 名古屋鉄道健康保険組合 理事長 加藤 悟司			
4. 病院の開設者の住所(法人の主たる事務所の所在地) (基幹型、協力型記入)	〒 4 5 1 - 0 0 5 2 (愛知 都・道・府 県) 名古屋市西区栄生 2-26-11 電話：(052) 626—5333 F A X：(052) 626—5772			
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型、協力型記入)	フリガナ クズヤ マサフミ 姓 葛谷	名 雅文		
6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数 (基幹型記入)	* 別紙1に記入 研修管理委員会のすべての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。			
7. 病院群の構成等 (基幹型記入)	* 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。			
8. 病院のホームページアドレス (基幹型、協力型記入)	http:// www.meitetsu-hospital.jp			

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 2 ー

病院施設番号： 030404

臨床研修病院の名称： 名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

		※
9. 医師（研修医を含む。）の員数 (基幹型・協力型記入)		常勤： 92 名、非常勤（常勤換算）： 2.5 名 計（常勤換算）： 94.5 名、医療法による医師の標準員数： 37 名 * 研修医の氏名等について様式3に記入
10. 救急医療 の提供の実績 (基幹型・協力型記入)	救急病院認定の告示	告示年月日：西暦 2023 年 3 月 3 日、告示番号：第 85 号
	医療計画上の位置付け	1. 初期救急医療機関 ② 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	① 有 (218.25) m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 11,046 件（うち診療時間外： 8,862 件） 1 日平均件数： 30.3 件（うち診療時間外： 24.3 件） 救急車取扱件数： 5,625 件（うち診療時間外： 3,648 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 3 名、看護師及び准看護師： 3 名
	指導を行う者の氏名等	* 別紙4に記入
救急医療を提供している診療科		内科系 ① 有 0. 無) 外科系 ① 有 0. 無) 小児科 ① 有 0. 無) その他 ()
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） (基幹型・協力型記入)		1. 一般： 373 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 (基幹型・協力型記入)		* 別紙2に記入
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） (基幹型・協力型記入)		1. 一般： 11.5 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日 4. 結核： 日、5. 療養： 日
14. 前年度の分娩件数 (基幹型・協力型記入)		正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
15. 臨床病理 検討会（C P C）の実施状 況 (基幹型・協力型記入)	開催回数	前年度実績： 5 回、今年度見込： 5 回 ※報告・届出病院の主催の下に開催した回数を記載
	指導を行う病理医の氏名等	* 別紙4に記入
	剖検数	前年度実績： 2 件、今年度見込： 4 件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 ① 有 0. 無 () 大学、() 病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
16. 研修医の ための宿舎及 び研修医室の 有無 (基幹型・協力型記入)	研修医の宿舎	① 有（単身用： 10 戸、世帯用： 0 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室	① 有 (1 室) 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
17. 図書、雑 誌、インター ネット等が利 用できる環境 及び医学教育 用機材の整備 状況 (基幹型・協力型記入)	図書室の広さ	(75) m ²
	医学図書数	国内図書： 3,300 冊、国外図書： 100 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 60 種類、国外雑誌： 30 種類
	図書室の利用可能時間	9:00 ~ 17:00 24 時間表記
	文献データベース等の 利用環境	Medline 等の文献データベース ① 有 0. 無)、教育用コンテンツ ① 有 0. 無)、 その他 ()
	医学教育用機材の整備 状況	利用可能時間 (0:00 ~ 24:00) 24 時間表記 医学教育用シミュレーター ① 有 0. 無)、 その他 ()

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 3 ー

病院施設番号： 030404

臨床研修病院の名称：

名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

18. 病歴管理体制 (基幹型・協力型記入)	病歴管理の責任者の氏名及び役職 診療に関する諸記録の管理方法 診療録の保存期間 診療録の保存方法	ツガナ イマガワ タカハル 氏名(姓) 今川 (名) 隆晴 役職 診療支援担当 主任補佐 ① 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に:) (10) 年間保存 1. 文書 ② 電子媒体 その他(具体的に:)													
19. 医療安全管理体制 (基幹型・協力型記入)	安全管理者の配置状況 安全管理部門の設置状況 患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況 医療に係る安全管理のための指針の整備状況 医療に係る安全管理委員会の開催状況 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	① 有 (1 名) 0. 無 有を選択した場合には、安全管理者の人数を記入してください。 職員：専任 (1) 名、兼任 (22) 名 主な活動内容：例)「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等 患者相談窓口の責任者の氏名等： ツガナ ホッタ ハルミ 氏名(姓) 堀田 (名) 晴美 役職 課長 対応時間 (0 : 00 ~ 24 : 00) 24 時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無：① 有 0. 無 ① 有 0. 無 指針の主な内容：「医院内において発生した医療事故または発生する危険があった医療事故についての情報収集」「医療事故防止のための研修及び教育」等 年 (12) 回 活動の主な内容：「医院内において発生した医療事故または発生する危険があった医療事故についての情報の共有」と「対策の協議・立案」 年 (14) 回 研修の主な内容：全職員および関係職種を対象とした医療事故防止のための講演会の実施 医療機関内における事故報告等の整備：① 有 0. 無 その他の改善のための方策の主な内容：院内視察、危険個所の点検・改良、人工呼吸器の定期点検の実施、各種医療機器の使用講習会の実施等													
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 (基幹型・協力型記入)	修了： 7 名 中断： 0 名														
21. 現に受け入れている研修医の数 (基幹型・協力型記入)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>前々年度</th> <th>前年度</th> <th>当該年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 年</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2 年</td> <td>7</td> <td>7</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>				前々年度	前年度	当該年度	1 年	7	6	6	2 年	7	7	6
	前々年度	前年度	当該年度												
1 年	7	6	6												
2 年	7	7	6												
22. 受入可能定員 (基幹型・協力型記入)	許可病床数(歯科の病床数を除く。)から算出 患者数から算出	許可病床数 (373) 床 ÷ 10 = (37) 名 年間入院患者数 (8,539) 人 ÷ 100 = (85.4) 名													
23. 当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。	○ 派遣実績 0 名 → 募集定員加算 0 名 ※ 募集定員加算の人数は、報告・届出年度の翌年度の募集定員を算出する際に用いる医師派遣等の加算人数を記入すること。(記入要領 25 を参照) ○ 地域医療対策協議会等の意向の把握 (有 ・ ① 無) ※ 該当する方を○で囲むこと。														

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 4 ー

病院施設番号： 030404 臨床研修病院の名称： 名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※
24. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。		1. 精神保健福祉士： 名(常勤： 名、非常勤： 名) 2. 作業療法士： 名(常勤： 名、非常勤： 名) 3. 臨床心理技術者： 名(常勤： 名、非常勤： 名) 9. その他の精神科技術職員： _____ 名(常勤： 名、非常勤： 名)
25. 第三者評価の受審状況 (基幹型記入)		1. 有 (評価実施機関名： (2021年11月26日)) 0. 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。
26. 前年度に育児休業を取得した研修医の数 (基幹型・協力型記入)		女性 1年次研修医 (0) 名 2年次研修医 (0) 名 男性 1年次研修医 (0) 名 2年次研修医 (0) 名
27. 研修医の妊娠・出産・育児に関する施設及び取組に関する事項 (基幹型・協力型記入)	院内保育所	院内保育所の有無 (1. 有 0. 無) 有を選択した場合、開所時間を記入してください (8 時 00 分 ~ 19 時 00 分) 病児保育 (1. 有 0. 無) 夜間保育 (1. 有 0. 無) 上記保育所は研修医の子どもにも使用可能か (1. 可 0. 不可) ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1. 有 0. 無) その他の補助(具体的に：)
	保育補助	
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所	休憩場所 (1. 有 0. 無) 授乳スペース (1. 有 0. 無)
	その他育児関連施設・取組があれば記入(院外との連携した取組もあれば記入)	
	研修医のライフイベントの相談窓口	1. 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入(研修管理室) 窓口の専任担当 1. 有(名) 0. 無
	各種ハラスメントの相談窓口	窓口の名称を記入(企業倫理ヘルプライン) 窓口の専任担当 1. 有(名) 0. 無
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。		
28. 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称： プログラム番号： 030404408
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)		1年次： 7名、2年次： 6名

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和 5 年 4 月 日

都道府県知事 殿

病院名 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

開設者 日本赤十字社 社長 清家 篤

医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 14 年厚生労働省令第 158 号）第 12 条に基づき、年次報告書を提出いたします。

また、併せて、同省令第 9 条に基づき、1. 研修プログラムの変更、2. 研修プログラムの新設を届け出ます。（研修プログラムを変更する場合には「1. 研修プログラム変更」に、研修プログラムを新設する場合には「2. 研修プログラムの新設」に○をつけてください。）

1. 基幹型臨床研修病院 ☒ 2. 協力型臨床研修病院 （報告又は届出を行う臨床研修病院の型の番号に○をつけてください。）

・項目番号 1 から 25 までについては、年次報告において記入してください。

・研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号 26 から 36 までについても記入してください。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 1 ー

病院施設番号： 030401

臨床研修病院の名称： 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

記入日：西暦 2023 年 4 月 日

病院施設番号 (基幹型、協力型記入) 既に番号を取得している臨床研修病院については 病院施設番号を記入してください。	030401	臨床研修病院群の名称 (基幹型、協力型記入) 既に臨床研修病院群番号を有している臨床 研修病院群については、番号も記入し てください。	名称 日本赤十字社愛知医療センタ ー名古屋第一病院臨床研修病院群 番号 0304014
作成責任者の氏名及び連絡先 (基幹型、協力型記入) 本報告書の問合せに対して回答できる作成 責任者について記入してください。	フリガナ コジマ ユカ 氏名 (姓) 小島 (名) 裕子	役職 教育研修管理課 教育研修管理係長 (内線 54145) 直通電話 (052) 481-5111 e-mail: kensyu-jimukyoku@nagoya-1st.jrc.or.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ ニホンセキジ ユウジ シヤアイリョウセンターナゴヤ イチビョウイン 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院		
2. 病院の所在地及び二次医 療圏の名称 (基幹型・協力型記入)	〒 453-8511 (愛知県) 名古屋市中村区道下町 3 丁目 35 電話：052-481-5111 F A X：052-482-7733 二次医療圏 の名称：名古屋医療圏		
3. 病院の開設者の氏名 (法 人の名称) (基幹型・協力型記入)	フリガナ ニホンセキジ ユウジ シヤチョウ セイ アツシ 日本赤十字社 社長 清家 篤		
4. 病院の開設者の住所 (法 人の主たる事務所の所在 地) (基幹型・協力型記入)	〒 105-8521 (東京都) 港区芝大門 1-1-3 電話：03-3438-1311 F A X：() —		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ ニシキミ マチヲ 姓 錦見	名 尚道	
6. 研修管理委員会の構成員の氏名 及び開催回数 (基幹型記入)	* 別紙 1 に記入 研修管理委員会のすべての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。		
7. 病院群の構成等 (基幹型記入)	* 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。		
8. 病院のホームページアドレス (基幹型・協力型記入)	http://www.nagoya-1st.jrc.or.jp		

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－２－

病院施設番号： 030401

臨床研修病院の名称：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

		※	
９．医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤：307名、非常勤（常勤換算）：4.7名 計（常勤換算）：311.7名、医療法による医師の標準員数：76.4名 * 研修医の氏名等について様式3に記入
10．救急医療の提供の実績 （基幹型・協力型記入）	救急病院認定の告示		告示年月日：西暦2020年02月1日、告示番号：第67号
	医療計画上の位置付け		1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 ③ 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無		① 有 (665.950) m ² 0. 無
	救急医療の実績		前年度の件数：16,097件（うち診療時間外：11,543件） 1日平均件数：44.1件（うち診療時間外：31.6件） 救急車取扱件数：7,704件（うち診療時間外：5,439件）
	診療時間外の勤務体制		医師：12名、看護師及び准看護師：12名
	指導を行う者の氏名等		* 別紙4に記入
11．医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） （基幹型・協力型記入）			1. 一般：839床、2. 精神：床、3. 感染症：床 4. 結核：床、5. 療養：床
12．診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 （基幹型・協力型記入）			* 別紙2に記入
13．病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） （基幹型・協力型記入）			1. 一般：11.3日、2. 精神：日、3. 感染症：日 4. 結核：日、5. 療養：日
14．前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数：612件、異常分娩件数：463件
15．臨床病理検討会（CPC）の実施状況 （基幹型・協力型記入）	開催回数		前年度実績：21回、今年度見込：25回 ※報告・届出病院の主催の下に開催した回数を記載
	指導を行う病理医の氏名等		* 別紙4に記入
	剖検数		前年度実績：19件、今年度見込：25件
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室 ① 有 0. 無 () 大学、() 病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
16．研修医のための宿舎及び研修医室の有無 （基幹型・協力型記入）	研修医の宿舎		① 有（単身用：27戸、世帯用：戸） 0. 無（住宅手当：円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室		1. 有 (室) ① 有 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
17．図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境及び医学教育用機材の整備状況 （基幹型・協力型記入）	図書室の広さ		(107.750) m ²
	医学図書数		国内図書：3,175冊、国外図書：2,117冊
	医学雑誌数		国内雑誌：1,826種類、国外雑誌：2,512種類
	図書室の利用可能時間		00:00～24:00 24時間表記
	文献データベース等の利用環境		Medline等の文献データベース (① 有 0. 無)、教育用コンテンツ (① 有 0. 無)、 その他 (医学中央雑誌、Clinical key、Cochrane Library、Springer Link Hospital Edition、 DyneMed Plus、Medline with Full Text、メディカルオンライン、医書.jp 利用可能時間 (00:00～24:00) 24時間表記
	医学教育用機材の整備状況		医学教育用シミュレーター ① 有 0. 無、 その他 ()

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 3 ー

病院施設番号：030401

臨床研修病院の名称：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

18. 病歴管理体制 (基幹型・協力型記入)	病歴管理の責任者の氏名及び役職 診療に関する諸記録の管理方法 診療録の保存期間 診療録の保存方法	フガナ 姉 アツ 氏名(姓) 久保 (名) 敦史 役職 診療情報管理課長 ①. 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に:) (永久) 年間保存 1. 文書 ②. 電子媒体 その他(具体的に:)													
19. 医療安全管理体制 (基幹型・協力型記入)	安全管理者の配置状況 安全管理部門の設置状況 患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況 医療に係る安全管理のための指針の整備状況 医療に係る安全管理委員会の開催状況 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	① 有 (66 名) 0. 無 有を選択した場合には、安全管理者の人数を記入してください。 職員：専任 (1) 名、兼任 (5) 名 主な活動内容：例)「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等 院内における医療の安全を推進し、さらには、事故発生時に適切に対処することを目的とする。また、職員に対する医療安全に関する教育・研修を企画し、リスク感性の向上と安全文化の醸成を図り、院内の医療安全推進活動の中心的役割を担う。 患者相談窓口の責任者の氏名等： フガナ トシマ カイイチ 氏名(姓) 豊島 幹一郎 役職 医療安全管理課長 対応時間 (08:50 ~ 17:20) 24 時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無：①. 有 0. 無 ①. 有 0. 無 指針の主な内容： 『医療安全管理指針』・医療安全管理のための組織体制・インシデント・アクシデント報告制度・医療事故発生時の対応・職員の医療安全研修 など 年 (12) 回 活動の主な内容： 院内におけるインシデント・アクシデントの各部門の情報収集、医療事故防止のための具体的対策の検討及び推進を行う。 年 (7) 回 研修の主な内容： ワークショップ (年 3 回)、医療安全推進週間研修会 (年 2 回)、その他講演会 (年 2 回) 医療機関内における事故報告等の整備：①. 有 0. 無 その他の改善のための方策の主な内容： 1. インシデント・アクシデントレポート提出の呼びかけ 2. 医療安全推進チームでの問題事象の安全対策の企画・立案並びに各種ガイドラインの策定 3. 医療安全推進室、医療安全管理委員会での検討会、医療事故調査委員会の実施													
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 (基幹型・協力型記入)	修了： 21 名 中断： 名														
21. 現に受け入れている研修医の数 (基幹型・協力型記入)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>前々年度</th> <th>前年度</th> <th>当該年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 年</td> <td></td> <td></td> <td>19 名</td> </tr> <tr> <td>2 年</td> <td></td> <td></td> <td>18 名</td> </tr> </tbody> </table>				前々年度	前年度	当該年度	1 年			19 名	2 年			18 名
	前々年度	前年度	当該年度												
1 年			19 名												
2 年			18 名												
22. 受入可能定員 (基幹型・協力型記入)	許可病床数(歯科の病床数を除く。)から算出 患者数から算出	許可病床数(839)床÷10=(83)名 年間入院患者数(19,844)人÷100=(198)名													

23. 当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。	○ 派遣実績 0名 → 募集定員加算 名 ※ 募集定員加算の人数は、報告・届出年度の翌年度の募集定員を算出する際に用いる医師派遣等の加算人数を記入すること。(記入要領25を参照) ○地域医療対策協議会等の意向の把握 (有 ・ 無) ※ 該当する方を○で囲むこと。
--	--

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー4ー

病院施設番号： 030401

臨床研修病院の名称： 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

項目27までについては、報告時に必ず記入してください。	※	
24. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。		1. 精神保健福祉士：6名(常勤：6、非常勤：0名) 2. 作業療法士：8名(常勤：8名、非常勤：0) 3. 臨床心理技術者：6名(常勤：5名、非常勤：1名) 9. その他の精神科技術職員： 0名(常勤：0名、非常勤：0名)
25. 第三者評価の受賞状況 (基幹型記入)		①. 有 (評価実施機関名：NPO 卒後臨床臨床研修プログラム(一般)(令和元年10月30日)) 0. 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受賞日を記入してください。
26. 前年度に育児休業を取得した研修医の数 (基幹型・協力型記入)		女性 1年次研修医(0)名 2年次研修医(0)名 男性 1年次研修医(0)名 2年次研修医(0)名
27. 研修医の妊娠・出産・育児に関する施設及び取組に関する事項 (基幹型・協力型記入)	院内保育所 保育補助 体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所 その他育児関連施設・取組があれば記入(院外との連携した取組もあれば記入) 研修医のライフイベントの相談窓口 各種ハラスメントの相談窓口	院内保育所の有無 ①. 有 0. 無 有を選択した場合、開所時間を記入してください(7時30分～20時00分) 病児保育 ①. 有 0. 無 夜間保育 ①. 有 0. 無 上記保育所は研修医の子どもにも使用可能か ①. 可 0. 不可 ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1. 有 ①. 無) その他の補助(具体的に：) 休憩場所 ①. 有 0. 無 授乳スペース ①. 有 0. 無 () ①. 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入(人事課) 窓口の専任担当 1. 有(名) 0. 無 窓口の名称を記入(ハラスメント相談員) 窓口の専任担当 1. 有(名) ①. 無

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和 5 年 4 月 1 4 日

厚生労働大臣 殿

病院名 愛知県精神医療センター
開設者 愛知県

医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 14 年厚生労働省令第 158 号）第 12 条に基づき、年次報告書を提出いたします。

また、併せて、同省令第 9 条に基づき、1. 研修プログラムの変更、2. 研修プログラムの新設を届け出ます。（研修プログラムを変更する場合には「1. 研修プログラム変更」に、研修プログラムを新設する場合には「2. 研修プログラムの新設」に○をつけてください。）

1. 基幹型臨床研修病院 ② 協力型臨床研修病院（報告又は届出を行う臨床研修病院の型の番号に○をつけてください。）

- ・年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書—1—から—5—まで及び別紙 1 については、臨床研修プログラム検索サイトの画面を印刷したもの（不足する項目は適宜加筆すること）等必要な項目がわかるものを代わりに添付していただいても構いません。
- ・項目番号 1 から 25 までについては、年次報告において記入してください。
- ・研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号 26 から 35 までについても記入してください。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 1 ー

病院施設番号： 030417

臨床研修病院の名称： 愛知県精神医療センター

記入日：西暦2023年 4月 14日

病院施設番号 (単独型、管理型、協力型記入) 既に番号を取得している臨床研修病院については 病院施設番号を記入してください。	030417		臨床研修病院群の名称 (単独型、管理型、協力型記入) 既に臨床研修病院群番号を有している臨床 研修病院群については、番号も記入し てください。	名称 番号
作成責任者の氏名及び連絡先 (単独型、管理型、協力型記入) 本報告書の問合せに対して回答できる作成 責任者について記入してください。	フリガナ ミズノ ナオキ 氏名(姓) (名) 水野 直樹	役職 事務部総務グループ事務長補佐 052-763-1511 (内線 608) (直通電話 () — ()) e-mail naoki_3_mizuno@pref.aichi.lg.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)		
1. 病院の名称 (単独型、管理型、協力型記入)	フリガナ アイチケンセイシンイリョウセンター 愛知県精神医療センター			
2. 病院の所在地及び二次医 療圏の名称 (単独型・管理型・協力型記入)	〒 4 6 4 - 0 0 3 1 (愛知 都・道・府・県) 名古屋市千種区徳川山町四丁目1-7 電話：(052) 763 — 1511 F A X：(052) 763 — 2519 二次医療圏 の名称： 名古屋医療圏			
3. 病院の開設者の氏名(法 人の名称) (単独型・管理型・協力型記入)	フリガナ アイチケンビョウインジギョウカンリシャ ビョウインジギョウチョウチョウ タカハシ タカシ 愛知県病院事業管理者 病院事業庁長 高橋 隆			
4. 病院の開設者の住所(法 人の主たる事務所の所在 地) (単独型・管理型・協力型記入)	〒 4 6 0 - 8 5 0 1 (愛知 都・道・府・県) 名古屋市中区三の丸三丁目1-2 電話：(052) 954 — 6306 F A X：(052) 961 — 6103			
5. 病院の管理者の氏名 (単独型・管理型・協力型記入)	フリガナ タカギ 姓 高 木	ヒロシ 名 宏		
6. 研修管理委員会の構成員の氏名 及び開催回数 (単独型・管理型記入)	* 別紙1に記入 研修管理委員会のすべての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。			
7. 病院群の構成等 (単独型・管理型記入)	* 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、大学病院及び臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してく ださい。			
8. 病院のホームページアドレス (単独型・管理型・協力型記入)	https://apmc.pref.aichi.jp/			

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 2 ー

病院施設番号： 030417

臨床研修病院の名称： 愛知県精神医療センター

		※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 (単独型・管理型・協力型記入)			常勤： 18名、非常勤（常勤換算）： 名 計（常勤換算）： 18名、医療法による医師の標準員数： 6名 * 研修医の氏名等について様式3に記入
10. 救急医療の提供の実績 (単独型・管理型・協力型記入)	救急病院認定の告示		告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号
	医療計画上の位置付け		1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無		1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績		前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制		医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等		* 別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科		内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無） 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） (単独型・管理型・協力型記入)			1. 一般： 床、2. 精神： 273床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床、9. その他： 床
12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 (単独型・管理型・協力型記入)			* 別紙2に記入
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） (単独型・管理型・協力型記入)			1. 一般： 日、2. 精神： 62.7日、3. 感染症： 日 4. 結核： 日、5. 療養： 日、9. その他： 日
14. 前年度の分娩件数 (単独型・管理型・協力型記入)			正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
15. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 (単独型・管理型・協力型記入)	開催回数		前年度実績： 回、今年度見込： 回
	指導を行う病理医の氏名等		* 別紙4に記入
	剖検数		前年度実績： 0 件、今年度見込： 1 件
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室 ① 有 0. 無 () 大学、() 病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
16. 研修医のための宿舎及び研修医室の有無 (単独型・管理型・協力型記入)	研修医の宿舎		① 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 0円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室		① 有（ 1 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
17. 図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境及び医学教育用機材の整備状況 (単独型・管理型・協力型記入)	図書室の広さ		(30.00) m ²
	医学図書数		国内図書： 1,000冊、国外図書： 400冊
	医学雑誌数		国内雑誌： 1,630種類、国外雑誌： 400種類
	図書室の利用可能時間		8:45 ~ 17:30 24時間表記
	文献データベース等の利用環境		Medline等の文献データベース ① 有 0. 無、教育用コンテンツ（1. 有 ① 0. 無）、 その他（ ）
	医学教育用機材の整備状況		利用可能時間（ 9:00 ~ 22:00 ）24時間表記 医学教育用シミュレーター（1. 有 ① 0. 無）、 その他（ ）

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－３－

病院施設番号： 030417

臨床研修病院の名称： 愛知県精神医療センター

18. 病歴管理体制 (基幹型・協力型記入)	病歴管理の責任者の氏名及び役職 診療に関する諸記録の管理方法 診療録の保存期間 診療録の保存方法	フリガナ クマガイ タツヤ 氏名(姓) 熊谷 (名) 達也 役職 事務部 事務長補佐(企画・経営) ① 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に:) (永年)年間保存 1. 文書 ② 電子媒体 その他(具体的に:)														
19. 医療安全管理体制 (基幹型・協力型記入)	安全管理者の配置状況 安全管理部門の設置状況 患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況 医療に係る安全管理のための指針の整備状況 医療に係る安全管理委員会の開催状況 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	① 有 (10 名) 0. 無 有を選択した場合には、安全管理者の人数を記入してください。 職員: 専任 (1) 名、兼任 (9) 名 主な活動内容: 例)「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等 1 医療事故についての情報の収集 2 医療事故の防止のための研修及び教育 等 患者相談窓口の責任者の氏名等: フリガナ クマガイ タツヤ 氏名(姓) 熊谷 (名) 達也 役職 事務部 事務長補佐(企画・経営) 対応時間 (9:00 ~ 17:00) 24時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無: ① 有 0. 無 ① 有 0. 無 指針の主な内容: 医療事故防止対策マニュアル 年 (12) 回 活動の主な内容: 医療事故防止対策について審議 年 (2) 回 研修の主な内容: 医療事故防止対策 医療機関内における事故報告等の整備: ① 有 0. 無 その他の改善のための方策の主な内容: 医療事故防止対策マニュアルに基づく事故防止対策の実施														
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 (基幹型・協力型記入)	修了: 27 名 中断: 名															
21. 現に受け入れている研修医の数 (基幹型・協力型記入)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>前々年度</th> <th>前年度</th> <th>当該年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 年</td> <td>名</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>2 年</td> <td>名</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> </tbody> </table>					前々年度	前年度	当該年度	1 年	名	名	名	2 年	名	名	名
	前々年度	前年度	当該年度													
1 年	名	名	名													
2 年	名	名	名													
22. 受入可能定員 (基幹型・協力型記入)	許可病床数(歯科の病床数を除く。)から算出 患者数から算出	許可病床数 (273) 床 ÷ 10 = (27) 名 年間入院患者数 (1,043) 人 ÷ 100 = (10) 名														
23. 当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。	○ 派遣実績 → 募集定員加算 0名 → 0名 ※ 募集定員加算の人数は、報告・届出年度の翌年度の募集定員を算出する際に用いる医師派遣等の加算人数を記入すること。(記入要領 25 を参照) ○ 地域医療対策協議会等の意向の把握 (有) ・ 無) ※ 該当する方を○で囲むこと。															

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－４－

病院施設番号： 030417

臨床研修病院の名称： 愛知県精神医療センター

項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
24. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。			1. 精神保健福祉士： 13名 (常勤： 10名、非常勤： 3名) 2. 作業療法士： 7名 (常勤： 6名、非常勤： 1名) 3. 臨床心理技術者： 8名 (常勤： 7名、非常勤： 1名) 9. その他の精神科技術職員： ____名 (常勤： ____名、非常勤： ____名)	
25. 第三者評価の受審状況 (基幹型記入)			1. 有 (評価実施機関名： _____ (____年 ____月 ____日)) ☒ 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。	
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。				
26. 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称： プログラム番号：		
27. 研修医の募集定員 (基幹型記入)		1年次： ____名、2年次： ____名		
28. 研修医の募集及び採用の方法 (基幹型記入)	研修プログラムに関する問い合わせ先	フリガナ 氏名 (姓) _____ (名) _____ 所属 _____ 役職 _____ 電話：(____) ____ — ____ FAX：(____) ____ — ____ e-mail： _____ URL：http:// _____		
	資料請求先	住所 〒 ____-____-____ (____都・道・府・県) 担当部門 _____ 担当者氏名 フリガナ 姓 _____ 名 _____ 電話：(____) ____ — ____ FAX：(____) ____ — ____ e-mail： _____ URL：http:// _____		
	募集方法	1. 公募 2. その他 (具体的に： _____)		
	応募必要書類 (複数選択可)	1. 履歴書、2. 卒業 (見込み) 証明書、3. 成績証明書、 4. 健康診断書、5. その他 (具体的に： _____)		
	選考方法 (複数選択可)	1. 面接 2. 筆記試験 その他 (具体的に： _____)		
	募集及び選考の時期	募集時期： ____月 ____日頃から 選考時期： ____月 ____日頃から		
	マッチング利用の有無	1. 有 0. 無		

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2023 年 4 月 20 日

都道府県知事 殿

病院名 愛知医科大学病院
開設者 学校法人 愛知医科大学
理事長 祖父江 元

医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 14 年厚生労働省令第 158 号）第 12 条に基づき、年次報告書を提出いたします。

また、併せて、同省令第 9 条に基づき、1. 研修プログラムの変更、2. 研修プログラムの新設を届け出ます。（研修プログラムを変更する場合には「1. 研修プログラム変更」に、研修プログラムを新設する場合には「2. 研修プログラムの新設」に○をつけてください。）

①. 基幹型臨床研修病院 2. 協力型臨床研修病院 （報告又は届出を行う臨床研修病院の型の番号に○をつけてください。）

- ・ 項目番号 1 から 27 までについては、年次報告において記入してください。
- ・ 研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号 28 から 39 までについても記入してください。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 1 ー

病院施設番号： 030420

臨床研修病院の名称： 愛知医科大学病院

記入日：西暦 2023 年 4 月 21 日

病院施設番号 (基幹型、協力型記入) 既に番号を取得している臨床研修病院については 病院施設番号を記入してください。	030420	臨床研修病院群の名称 (基幹型、協力型記入) 既に臨床研修病院群番号を有している臨床 研修病院群については、番号も記入し てください。	名称 愛知医科大学病院 卒後臨床研修病院群 番号 0304201
作成責任者の氏名及び連絡先 (基幹型、協力型記入) 本報告書の問合せに対して回答できる作成 責任者について記入してください。	フリガナ ホカ 7キリ 氏名(姓) 堀田 (名) 明紀	役職 主任 (内線 22636) (直通電話 (0561) 63—1673) e-mail: sotugo@aichi-med-u.ac.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ アイチイカクイガクビョウイン 愛知医科大学病院		
2. 病院の所在地及び二次医 療圏の名称 (基幹型・協力型記入)	〒 4 8 0 1 1 9 5 (愛知 都・道・府・県) 長久手市岩作雁又1番地1 電話：(0561) 62— 3311 F A X：(0561) 63 — 3208 二次医療圏 の名称： 尾張東部医療圏		
3. 病院の開設者の氏名(法 人の名称) (基幹型・協力型記入)	フリガナ ガクウリョクシン アイチイカクイガク リンショウ ソブエン 学校法人 愛知医科大学 理事長 祖父江元		
4. 病院の開設者の住所(法 人の主たる事務所の所在 地) (基幹型・協力型記入)	〒 4 8 0 1 1 9 5 (愛知 都・道・府・県) 長久手市岩作雁又1番地1 電話：(0561) 62— 3311 F A X：(0561) 63 — 3208		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ ドウウ 姓 道勇	マブ 名 学	
6. 研修管理委員会の構成員の氏名 及び開催回数 (基幹型記入)	* 別紙1に記入 研修管理委員会のすべての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。		
7. 病院群の構成等 (基幹型記入)	* 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。		
8. 病院のホームページアドレス (基幹型・協力型記入)	https://www.aichi-med-u.ac.jp/hospital/index.html		

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 2 ー

病院施設番号： 030420

臨床研修病院の名称： 愛知医科大学病院

		※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 (基幹型・協力型記入)			常勤：551 名、非常勤（常勤換算）： 13.73 名 計（常勤換算）：564.73 名、医療法による医師の標準員数： 207.76 名 * 研修医の氏名等について様式3に記入
10. 救急医療の提供の実績 (基幹型・協力型記入)	救急病院認定の告示		告示年月日：西暦 2023 年 4 月 4 日、告示番号：第 189 号
	医療計画上の位置付け		1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 ③. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無		1. ④ (348.570) m ² 0. 無
	救急医療の実績		前年度の件数： 28964 件（うち診療時間外： 22830 件） 1 日平均件数： 79.4 件（うち診療時間外： 62.5 件） 救急車取扱件数： 6641 件（うち診療時間外： 4282 件）
	診療時間外の勤務体制		医師： 40 名、看護師及び准看護師： 23 名
	指導を行う者の氏名等		* 別紙 4 に記入
	救急医療を提供している診療科		内科系（①. 有 0. 無） 外科系（①. 有 0. 無） 小児科（①. 有 0. 無） その他（ ）
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） (基幹型・協力型記入)			1. 一般： 846 床、2. 精神： 47 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 (基幹型・協力型記入)			* 別紙 2 に記入
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） (基幹型・協力型記入)			1. 一般： 10.0 日、2. 精神： 30.7 日、3. 感染症： 日 4. 結核： 日、5. 療養： 日
14. 前年度の分娩件数 (基幹型・協力型記入)			正常分娩件数： 174 件、異常分娩件数： 216 件
15. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 (基幹型・協力型記入)	開催回数		前年度実績： 10 回、今年度見込： 11 回 ※報告・届出病院の主催の下に開催した回数を記載
	指導を行う病理医の氏名等		* 別紙 4 に記入
	剖検数		前年度実績： 13 件、今年度見込： 17 件
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室 ①. 有 0. 無（ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
16. 研修医のための宿舎及び研修医室の有無 (基幹型・協力型記入)	研修医の宿舎		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） ①. 無（住宅手当：生活補助手当として 30,000 円支給円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室		①. 有（ 1 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
17. 図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境及び医学教育用機材の整備状況 (基幹型・協力型記入)	図書室の広さ		(2583) m ²
	医学図書数		国内図書： 72379 冊、国外図書： 23925 冊
	医学雑誌数		国内雑誌： 2066 種類、国外雑誌： 2274 種類
	図書室の利用可能時間		8：30 ～ 22：00 24 時間表記
	文献データベース等の利用環境		Medline 等の文献データベース（①. 有 0. 無）、教育用コンテンツ（①. 有 0. 無）、 その他（ ） 利用可能時間（ 0：00 ～ 24：00 ）24 時間表記
	医学教育用機材の整備状況		医学教育用シミュレーター（①. 有 0. 無）、 その他（ ）

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－３－

病院施設番号： 030420

臨床研修病院の名称： 愛知医科大学病院

18. 病歴管理体制 (基幹型・協力型記入)	病歴管理の責任者の氏名及び役職	<table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td><td>フリガナ</td><td>フリガナ</td></tr> <tr> <td>氏名(姓) 深津</td><td>氏名(姓) 博</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="3">役職 医療情報部長</td></tr> </table> 診療に関する諸記録の管理方法 ①. 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に:) 診療録の保存期間 (10) 年間保存 診療録の保存方法 ①. 文書 ②. 電子媒体 その他(具体的に:)	フリガナ	フリガナ	フリガナ	氏名(姓) 深津	氏名(姓) 博		役職 医療情報部長		
フリガナ	フリガナ	フリガナ									
氏名(姓) 深津	氏名(姓) 博										
役職 医療情報部長											
19. 医療安全管理体制 (基幹型・協力型記入)	安全管理者の配置状況 安全管理部門の設置状況 患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況 医療に係る安全管理のための指針の整備状況 医療に係る安全管理委	①. 有 (1 名) 0. 無 有を選択した場合には、安全管理者の人数を記入してください。 職員：専任 (12) 名、兼任 (8) 名 主な活動内容：例)「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等 1. 医療の安全を確保するための改善方策に関すること 2. 医療安全管理のための職員の教育・啓発に関すること 3. 医療事故発生時の対応に関すること 4. 医療に係る安全の確保に資する診療の状況の把握 5. 職員の医療の安全に関する意識の向上の状況の確認 6. 医療安全管理委員会の円滑な運営に関すること 7. 医療安全管理に関する院内の連絡調整 8. その他医療安全管理に関する業務 患者相談窓口の責任者の氏名等： <table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td><td>フリガナ</td><td>フリガナ</td></tr> <tr> <td>氏名(姓) 杉本</td><td>氏名(姓) 郁夫</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="3">役職 医療安全管理責任者</td></tr> </table> 対応時間 (8:30 ~ 17:15) 24時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無： ①. 有 0. 無 ①. 有 0. 無 指針の主な内容： 1. 安全管理のための基本的な考え方 2. 医療安全管理責任者の設置 3. 安全管理の体制確保のための委員会の設置 4. 医療安全管理室の設置 5. 医療安全管理者の設置 6. セーフティマネージャーの設置 7. 患者相談窓口の設置 8. 医薬品安全管理責任者等の設置 9. 医療機器安全管理責任者等の設置 10. 医療放射線安全管理責任者等の設置 11. 医療事故発生時の対応方法等 12. 安全管理のための職員研修 13. 高難度新規医療技術を用いた医療の提供 14. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 年 (12) 回	フリガナ	フリガナ	フリガナ	氏名(姓) 杉本	氏名(姓) 郁夫		役職 医療安全管理責任者		
フリガナ	フリガナ	フリガナ									
氏名(姓) 杉本	氏名(姓) 郁夫										
役職 医療安全管理責任者											

	委員会の開催状況	活動の主な内容： 1. 医療の安全管理対策の検討及び推進に関すること 2. 病院において重大な問題その他委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における速やかな原因の究明のための調査及び分析に関すること 3. 2の分析の結果を活用した医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の立案及び実施並びに職員への周知に関すること 4. 3の改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直しに関すること 5. 入院患者の死亡例、特異事例の報告状況の確認及び確認結果の病院長への報告に関すること。 6. 5の報告状況が不十分な場合の研修、指導に関すること 7. 医療の安全管理の情報交換に関すること 8. 医療の安全管理のための教育・研修に関すること 9. その他医療の安全管理に関すること														
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年（124）回 研修の主な内容： 1. BLS（AED）研修会 2. 医療安全講演会 3. 医薬品・医療機器安全講演会 4. 新規採用医師ガイダンス 5. 中途採用職員研修 6. e-learning を用いた医療安全研修 7. 医療機器研修 8. CV 研修 9. PICC 研修 10. 報告書管理を目的とした研修														
	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	医療機関内における事故報告等の整備： ①. 有 0. 無 その他の改善のための方策の主な内容： 1. インシデントレポート及びアクシデントレポートについて構内 LAN による報告、評価体制を整備し、より合理的に活用できる方式としている。 2. レポートの入力方式を簡便化し、医師、看護師等の負担を軽減している。 3. 重要なインシデント・アクシデントレポートについては、発生部署に改善報告書の提出を義務化し、その結果を院内で情報共有するとともに、その実施について確認している。 4. 医療安全管理マニュアルは電子カルテに掲載し、適宜改正している。また医療安全管理／感染予防対策ポケットマニュアルを発行し、全病院職員へ配付している。 5. e-learning 医療安全研修ツールにより、全職員が継続学習できる環境を整えている。 6. 重大なアクシデントについては、医療問題検討会を開催し、その結果による安全対策は医療安全管理委員会の承認を得て実行させ、その実施状況は院内ラウンドで確認している。														
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 （基幹型・協力型記入）	修了： 28 名 中断： 名															
21. 現に受け入れている研修医の数 （基幹型・協力型記入）	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>前々年度</th> <th>前年度</th> <th>当該年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 年</td> <td>29</td> <td>26</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>2 年</td> <td>31</td> <td>29</td> <td>26</td> </tr> </tbody> </table>					前々年度	前年度	当該年度	1 年	29	26	30	2 年	31	29	26
	前々年度	前年度	当該年度													
1 年	29	26	30													
2 年	31	29	26													
22. 受入可能定員 （基幹型・協力型記入）	許可病床数（歯科の病床数を除く。）から算出 患者数から算出	許可病床数（ 893 ）床÷10＝（ 89.3 ）名 年間入院患者数（ 23125 ）人÷100＝（ 23.125 ）名														
23. 当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。	<table border="0"> <tr> <td>○ 派遣実績</td> <td>19 名</td> <td>→</td> <td>募集定員加算</td> <td>0 名</td> </tr> </table> ※ 募集定員加算の人数は、報告・届出年度の翌年度の募集定員を算出する際に用いる医師派遣等の加算人数を記入すること。（記入要領 25 を参照） ○地域医療対策協議会等の意向の把握（ 有 ・ 無 ） ※ 該当する方を○で囲むこと。				○ 派遣実績	19 名	→	募集定員加算	0 名							
○ 派遣実績	19 名	→	募集定員加算	0 名												

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－４－

病院施設番号: 030420

臨床研修病院の名称： 愛知医科大学病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※	
24. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。			1. 精神保健福祉士： 2名(常勤： 2名、非常勤： 名) 2. 作業療法士： 12名(常勤： 12名、非常勤： 名) 3. 臨床心理技術者： 16名(常勤： 5名、非常勤： 11名) 9. その他の精神科技術職員： 名(常勤： 名、非常勤： 名)
25. 第三者評価の受審状況 (基幹型記入)			①. 有 (評価実施機関名：卒後臨床研修評価機構 (2021年5月1日)) 0. 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。
26. 前年度に育児休業を取得した研修医の数 (基幹型・協力型記入)			女性 1年次研修医()名 2年次研修医(2)名 男性 1年次研修医()名 2年次研修医()名
27. 研修医の妊娠・出産・育児に関する施設及び取組に関する事項 (基幹型・協力型記入)	院内保育所		院内保育所の有無 (①. 有 0. 無) 有を選択した場合、開所時間を記入してください (7時30分～18時30分) 病児保育 (1. 有 ①. 無) 夜間保育 (①. 有 0. 無) 上記保育所は研修医の子どもに使用可能か (①. 可 0. 不可)
	保育補助		ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (①. 有 0. 無) その他の補助(具体的に：)
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所		休憩場所 (①. 有 0. 無) 授乳スペース (①. 有 0. 無)
	その他育児関連施設・取組があれば記入(院外との連携した取組もあれば記入)		()
	研修医のライフイベントの相談窓口		①. 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入() 窓口の専任担当 ①. 有(1名) 0. 無
	各種ハラスメントの相談窓口		窓口の名称を記入(監査室) 窓口の専任担当 ①. 有(1名) 0. 無
	※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。		
28. 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：一般プログラム プログラム番号： 030420201	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)		1年次： 26名、2年次： 26名	

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和 5 年 4 月 1 4 日

都道府県知事 殿

病院名	医療法人資生会	八事病院
開設者	水谷	浩明

医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 14 年厚生労働省令第 158 号）第 12 条に基づき、年次報告書を提出いたします。

また、併せて、同省令第 9 条に基づき、1. 研修プログラムの変更、2. 研修プログラムの新設を届け出ます。（研修プログラムを変更する場合には「1. 研修プログラム変更」に、研修プログラムを新設する場合には「2. 研修プログラムの新設」に○をつけてください。）

1. 基幹型臨床研修病院 ☒ 2. 協力型臨床研修病院 （報告又は届出を行う臨床研修病院の型の番号に○をつけてください。）

- ・項目番号 1 から 27 までについては、年次報告において記入してください。
- ・研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号 28 から 39 までについても記入してください。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 1 ー

病院施設番号：030810

臨床研修病院の名称：医療法人資生会 八事病院

記入日：西暦 2023年4月14日

病院施設番号 (基幹型、協力型記入) 既に番号を取得している臨床研修病院については 病院施設番号を記入してください。	030810	臨床研修病院群の名称 (基幹型、協力型記入) 既に臨床研修病院群番号を有している臨 床研修病院群については、番号も記入し てください。	名称 番号
作成責任者の氏名及び連絡先 (基幹型、協力型記入) 本報告書の問合せに対して回答できる作成 責任者について記入してください。	フリガナ 井瀬 氏名(姓) 井瀬	フリガナ マミ (名) 真奈美	役職 (内線 201) (直通電話(052)832-2111) e-mail: manami.ise@yagotohp.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ イリヨウホクジンセイカイ ヤゴトビョウイン 医療法人資生会 八事病院		
2. 病院の所在地及び二次医 療圏の名称 (基幹型、協力型記入)	〒468-0073 (愛知 都・道・府・ 県) 名古屋市天白区塩釜口一丁目403 電話：(052)832-2111 FAX：(052)832-2135 二次医療圏 の名称：		
3. 病院の開設者の氏名(法 人の名称) (基幹型、協力型記入)	フリガナ イリヨウホクジンセイカイ ヤゴトビョウイン 医療法人資生会 八事病院		
4. 病院の開設者の住所(法 人の主たる事務所の所在 地) (基幹型、協力型記入)	〒 (都・道・府・県) 電話：() — FAX：() —		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型、協力型記入)	フリガナ ミヅタ 姓 水谷	フリガナ ヒロキ 名 浩明	
6. 研修管理委員会の構成員の氏名 及び開催回数 (基幹型記入)	* 別紙1に記入 研修管理委員会のすべての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。		
7. 病院群の構成等 (基幹型記入)	* 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。		
8. 病院のホームページアドレス (基幹型、協力型記入)	http://yagotohp.jp/		

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 2 ー

病院施設番号：030810

臨床研修病院の名称：医療法人資生会 八事病院

		※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 (基幹型・協力型記入)			常勤：17名、非常勤（常勤換算）：5.2名 計（常勤換算）：22.2名、医療法による医師の標準員数：16.9名 * 研修医の氏名等について様式3に記入
10. 救急医療の提供の実績 (基幹型・協力型記入)	救急病院認定の告示		告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号
	医療計画上の位置付け		1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無		1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績		前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 81 件（うち診療時間外： 36 件）
	診療時間外の勤務体制		医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等		* 別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科		内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無） 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） (基幹型・協力型記入)			1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 (基幹型・協力型記入)			* 別紙2に記入
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） (基幹型・協力型記入)			1. 一般： 58.1日、2. 精神： 112.1日、3. 感染症： 日 4. 結核： 日、5. 療養： 日
14. 前年度の分娩件数 (基幹型・協力型記入)			正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
15. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 (基幹型・協力型記入)	開催回数		前年度実績： 回、今年度見込： 回 ※報告・届出病院の主催の下に開催した回数を記載
	指導を行う病理医の氏名等		* 別紙4に記入
	剖検数		前年度実績： 件、今年度見込： 件
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無 () 大学、() 病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
16. 研修医のための宿舎及び研修医室の有無 (基幹型・協力型記入)	研修医の宿舎		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室		1. 有 (室) 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
17. 図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境及び医学教育用機材の整備状況 (基幹型・協力型記入)	図書室の広さ		() m ²
	医学図書数		国内図書： 冊、国外図書： 冊
	医学雑誌数		国内雑誌： 種類、国外雑誌： 種類
	図書室の利用可能時間		: ~ : 24時間表記
	文献データベース等の利用環境		Medline等の文献データベース（1. 有 0. 無）、教育用コンテンツ（1. 有 0. 無）、 その他（ ）
	医学教育用機材の整備状況		利用可能時間（ : ~ : ）24時間表記 医学教育用シミュレーター（1. 有 0. 無）、 その他（ ）

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－３－

病院施設番号：０３０８１０

臨床研修病院の名称：医療法人資生会 八事病院

18. 病歴管理体制 (基幹型・協力型記入)	病歴管理の責任者の氏名及び役職 診療に関する諸記録の管理方法 診療録の保存期間 診療録の保存方法	フリガナ ｲｶｶﾞﾐ ﾏｼｼ 氏名(姓) 池上 (名) 剛志 役職 医事課長 ① 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に:) () 年間保存 ① 文書 2. 電子媒体 その他(具体的に:)													
19. 医療安全管理体制 (基幹型・協力型記入)	安全管理者の配置状況 安全管理部門の設置状況 患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況 医療に係る安全管理のための指針の整備状況 医療に係る安全管理委員会の開催状況 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	① 有 (1名) 0. 無 有を選択した場合には、安全管理者の人数を記入してください。 職員: 専任 () 名、兼任 (2) 名 主な活動内容: 例)「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等 患者相談窓口の責任者の氏名等: フリガナ ﾏｷﾔﾏ ﾋﾛｺ 氏名(姓) 秋山 (名) 廣子 役職 副看護部長 対応時間 (8 : 30 ~ 17 : 00) 24 時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無: 1. 有 0. 無 ① 有 0. 無 指針の主な内容: 年 (1 2) 回 活動の主な内容: ヒヤリハット報告等 年 (2) 回 研修の主な内容: 医薬品に対する注意事項、虐待防止について 医療機関内における事故報告等の整備: ① 有 0. 無 その他の改善のための方策の主な内容: 転倒防止策													
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 (基幹型・協力型記入)	修了: 20 名 中断: 名														
21. 現に受け入れている研修医の数 (基幹型・協力型記入)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>前々年度</th> <th>前年度</th> <th>当該年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 年</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 年</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				前々年度	前年度	当該年度	1 年				2 年			
	前々年度	前年度	当該年度												
1 年															
2 年															
22. 受入可能定員 (基幹型・協力型記入)	許可病床数(歯科の病床数を除く。)から算出 患者数から算出	許可病床数 (470) 床 ÷ 10 = (47) 名 年間入院患者数 (1303) 人 ÷ 100 = (13.03) 名													
23. 当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。	○ 派遣実績 → 募集定員加算 名 名 ※ 募集定員加算の人数は、報告・届出年度の翌年度の募集定員を算出する際に用いる医師派遣等の加算人数を記入すること。(記入要領 25 を参照) ○ 地域医療対策協議会等の意向の把握 (有 ・ 無) ※ 該当する方を○で囲むこと。														

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 4 ー

病院施設番号：030810

臨床研修病院の名称：医療法人資生会 八事病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※
24. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。		1. 精神保健福祉士： 11名 (常勤： 11名、非常勤： 名) 2. 作業療法士： 15名 (常勤： 15名、非常勤： 名) 3. 臨床心理技術者： 6名 (常勤： 4名、非常勤： 2名) 9. その他の精神科技術職員： 4名 (常勤： 3名、非常勤： 1名)
25. 第三者評価の受審状況 (基幹型記入)		1. 有 (評価実施機関名：日本医療機能評価機構(2019年5月21日～22日)) 0. 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。
26. 前年度に育児休業を取得した研修医の数 (基幹型・協力型記入)		女性 1年次研修医 ()名 2年次研修医 ()名 男性 1年次研修医 ()名 2年次研修医 ()名
27. 研修医の妊娠・出産・育児に関する施設及び取組に関する事項 (基幹型・協力型記入)	院内保育所	院内保育所の有無 (1. 有 0. 無) 有を選択した場合、開所時間を記入してください (時 分 ～ 時 分) 病児保育 (1. 有 0. 無) 夜間保育 (1. 有 0. 無) 上記保育所は研修医の子どもに使用可能か (1. 可 0. 不可) ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1. 有 0. 無) その他の補助 (具体的に：)
	保育補助	
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所	休憩場所 (1. 有 0. 無) 授乳スペース (1. 有 0. 無)
	その他育児関連施設・取組があれば記入(院外との連携した取組もあれば記入)	()
	研修医のライフイベントの相談窓口	1. 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入() 窓口の専任担当 1. 有 (名) 0. 無
	各種ハラスメントの相談窓口	窓口の名称を記入() 窓口の専任担当 1. 有 (名) 0. 無
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。		
28. 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称： プログラム番号：
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)		1年次： 名、2年次： 名

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和 5 年 4 月 24 日

都道府県知事 殿

病院名 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター
開設者 公立大学法人 名古屋市立大学
理事長 郡 健二郎

医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 14 年厚生労働省令第 158 号）第 12 条に基づき、年次報告書を提出いたします。

また、併せて、同省令第 9 条に基づき、1. 研修プログラムの変更、2. 研修プログラムの新設を届け出ます。（研修プログラムを変更する場合には「1. 研修プログラム変更」に、研修プログラムを新設する場合には「2. 研修プログラムの新設」に○をつけてください。）

①. 基幹型臨床研修病院 2. 協力型臨床研修病院 （報告又は届出を行う臨床研修病院の型の番号に○をつけてください。）

- ・項目番号 1 から 27 までについては、年次報告において記入してください。
- ・研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号 28 から 39 までについても記入してください。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 1 ー

病院施設番号： 030915

臨床研修病院の名称： 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

病院施設番号 (基幹型、協力型記入) 既に番号を取得している臨床研修病院については 病院施設番号を記入してください。	030915		臨床研修病院群の名称 (基幹型、協力型記入) 既に臨床研修病院群番号を有している臨床 研修病院群については、番号も記入し てください。	名称 名古屋市立大学医学部附属西 部医療センター臨床研修病院群 番号 0309155
作成責任者の氏名及び連絡先 (基幹型、協力型記入) 本報告書の問合せに対して回答できる作成 責任者について記入してください。	フリガナ カサイ ユウジ 氏名 (姓) 笠井 (名) 裕司	役職 病院管理部管理課庶務係 主事 (内線 6544) (直通電話 (052) 991—8121) e-mail : a9918121@sec.nagoya-cu.ac.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)		
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ ナゴヤシツタ イクカイ ケンブツ イリョセンター 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター			
2. 病院の所在地及び二次医 療圏の名称 (基幹型・協力型記入)	〒 462-8508 (愛知県) 名古屋市北区平手町1丁目1番地の1 電話：(052) 991—8121 F A X：(052) 916—2038 二次医療圏 の名称：名古屋・尾張中部医療圏			
3. 病院の開設者の氏名 (法 人の名称) (基幹型・協力型記入)	フリガナ コウリツタ イクカイジン ナゴヤシツタ イク カ リンチョウ コリ ケンジ 助 公立大学法人 名古屋市立大学 理事長 郡 健二郎			
4. 病院の開設者の住所 (法 人の主たる事務所の所在 地) (基幹型・協力型記入)	〒 467-8602 (愛知県) 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1 電話：(052) 853—8005 F A X：(052) 841—6201			
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ オハラ 姓 大原	ヒロカ 姓 弘隆		
6. 研修管理委員会の構成員の氏名 及び開催回数 (基幹型記入)	* 別紙1に記入 研修管理委員会のすべての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。			
7. 病院群の構成等 (基幹型記入)	* 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。			
8. 病院のホームページアドレス (基幹型・協力型記入)	https://www.west-medical-center.med.nagoya-cu.ac.jp/			

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 2 ー

病院施設番号：030915

臨床研修病院の名称：名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

		※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 (基幹型・協力型記入)			常勤：126名、非常勤（常勤換算）：52.5名 計（常勤換算）：178.5名、医療法による医師の標準員数：56.9名 * 研修医の氏名等について様式3に記入
10. 救急医療 の提供の実績 (基幹型・協力型記入)	救急病院認定の告示		告示年月日：西暦2020年7月3日、告示番号：第118号
	医療計画上の位置付け		1. 初期救急医療機関 ②. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無		①. 有（288,690）m ² 0. 無
	救急医療の実績		前年度の件数：11,756件（うち診療時間外：6,135件） 1日平均件数：32.2件（うち診療時間外：16.8件） 救急車取扱件数：3,372件（うち診療時間外：1,968件）
	診療時間外の勤務体制		医師：12名、看護師及び准看護師：7名
	指導を行う者の氏名等		* 別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科		内科系（①. 有 0. 無）外科系（①. 有 0. 無）小児科（①. 有 0. 無） その他（産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科）
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） (基幹型・協力型記入)			1. 一般：500床、2. 精神：床、3. 感染症：床 4. 結核：床、5. 療養：床
12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 (基幹型・協力型記入)			* 別紙2に記入
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） (基幹型・協力型記入)			1. 一般：7.4日、2. 精神：日、3. 感染症：日 4. 結核：日、5. 療養：日
14. 前年度の分娩件数 (基幹型・協力型記入)			正常分娩件数：717件、異常分娩件数：434件
15. 臨床病理 検討会（CPC）の実施状況 (基幹型・協力型記入)	開催回数		前年度実績：1回、今年度見込：4回 ※報告・届出病院の主催の下に開催した回数を記載
	指導を行う病理医の氏名等		* 別紙4に記入
	剖検数		前年度実績：5件、今年度見込：5件
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室 ①. 有 0. 無（ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
16. 研修医の ための宿舎及 び研修医室の 有無 (基幹型・協力型記入)	研修医の宿舎		1. 有（単身用：戸、世帯用：戸） ②. 無（住宅手当：円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室		①. 有（1室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
17. 図書、雑誌、インター ネット等が利用 できる環境 及び医学教育 用機材の整備 状況 (基幹型・協力型記入)	図書室の広さ		（55.8）m ²
	医学図書数		国内図書：16,267冊、国外図書：18冊
	医学雑誌数		国内雑誌：1,760種類、国外雑誌：50種類
	図書室の利用可能時間		0:00～24:00 24時間表記
	文献データベース等の 利用環境		Medline等の文献データベース（①. 有 0. 無）、教育用コンテンツ（①. 有 0. 無）、 その他（ ） 利用可能時間（0:00～24:00）24時間表記
	医学教育用機材の整備 状況		医学教育用シミュレーター（①. 有 0. 無）、 その他（ ）

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 3 ー

病院施設番号： 030915

臨床研修病院の名称： 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

18. 病歴管理体制 (基幹型・協力型記入)	病歴管理の責任者の氏名及び役職	<table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td> <td>アザイ</td> <td>トモチ</td> </tr> <tr> <td>氏名(姓) 浅井</td> <td></td> <td>氏名(姓) 友車</td> </tr> <tr> <td colspan="3">役職 診療情報管理係長</td> </tr> </table> 診療に関する諸記録の管理方法 ①. 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に:) 診療録の保存期間 (永年) 年間保存 診療録の保存方法 1. 文書 ②. 電子媒体 その他(具体的に: 2011 年 5 月より電子カルテ化。それ以前は紙媒体。)	フリガナ	アザイ	トモチ	氏名(姓) 浅井		氏名(姓) 友車	役職 診療情報管理係長				
フリガナ	アザイ	トモチ											
氏名(姓) 浅井		氏名(姓) 友車											
役職 診療情報管理係長													
19. 医療安全管理体制 (基幹型・協力型記入)	安全管理者の配置状況 安全管理部門の設置状況 患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況 医療に係る安全管理のための指針の整備状況 医療に係る安全管理委員会の開催状況 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	①. 有 (1 名) 0. 無 有を選択した場合に、安全管理者の人数を記入してください。 職員: 専任 (4) 名、兼任 (47) 名 主な活動内容: 例)「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等 患者相談窓口の責任者の氏名等: フリガナ ヨギモ ジュンコ 氏名(姓) 小谷 氏名(姓) 純子 役職 地域医療連携室 主幹 対応時間 (8:45 ~ 17:15) 24 時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無: ①. 有 0. 無 ①. 有 0. 無 指針の主な内容: 年 (12) 回 活動の主な内容: 年 (9) 回 研修の主な内容: 医療安全研修、新規採用者研修、医療機器安全研修、医薬品安全研修 医療機関内における事故報告等の整備: ①. 有 0. 無 その他の改善のための方策の主な内容: インシデント、アクシデントに基づく再発防止策の標準化と事故防止マニュアルの改訂と周知。「医療安全だより」、日本医療安全調査機構の「医療事故の再発防止に向けた提言」及び日本医療機能評価機構の「医療事故情報」による警鐘事例の周知。											
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 (基幹型・協力型記入)	修了: 7 名 中断: 0 名												
21. 現に受け入れている研修医の数 (基幹型・協力型記入)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>前々年度</th> <th>前年度</th> <th>当該年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 年</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2 年</td> <td>8</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		前々年度	前年度	当該年度	1 年	7	8	8	2 年	8	7	8
	前々年度	前年度	当該年度										
1 年	7	8	8										
2 年	8	7	8										
22. 受入可能定員 (基幹型・協力型記入)	許可病床数(歯科の病床数を除く。)から算出 患者数から算出	許可病床数 (500) 床 ÷ 10 = (50) 名 年間入院患者数 (12,984) 人 ÷ 100 = (129) 名											
23. 当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙 5 も提出すること。	○ 派遣実績 → 募集定員加算 名 → 名 ※ 募集定員加算の人数は、報告・届出年度の翌年度の募集定員を算出する際に用いる医師派遣等の加算人数を記入すること。(記入要領 25 を参照) ○ 地域医療対策協議会等の意向の把握 (有 ・ 無) ※ 該当する方を○で囲むこと。												

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 4 ー

病院施設番号： 030915 臨床研修病院の名称： 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※
24. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。		1. 精神保健福祉士： 0 名 (常勤： 0 名、非常勤： 0 名)
		2. 作業療法士： 3 名 (常勤： 3 名、非常勤： 3 名)
		3. 臨床心理技術者： 1.8 名 (常勤： 1 名、非常勤： 1 名)
		9. その他の精神科技術職員： _____ 名 (常勤： _____ 名、非常勤： _____ 名)
25. 第三者評価の受審状況 (基幹型記入)		①. 有 (評価実施機関名：JCEP (2023 年 2 月 13 日)) 0. 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。
26. 前年度に育児休業を取得した研修医の数 (基幹型・協力型記入)		女性 1 年次研修医 (0) 名 2 年次研修医 (0) 名 男性 1 年次研修医 (0) 名 2 年次研修医 (0) 名
27. 研修医の妊娠・出産・育児に関する施設及び取組に関する事項 (基幹型・協力型記入)	院内保育所	院内保育所の有無 (①. 有 0. 無) 有を選択した場合、開所時間を記入してください (7 時 30 分 ~ 21 時 30 分) 病児保育 (1. 有 ②. 無) 夜間保育 (①. 有 0. 無) 上記保育所は研修医の子どもにも使用可能か (①. 可 0. 不可) ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1. 有 ②. 無) その他の補助 (具体的に：当直を行った月は夜間保育料無料)
	保育補助	
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所	休憩場所 (①. 有 0. 無) 授乳スペース (①. 有 0. 無)
	その他育児関連施設・取組があれば記入 (院外との連携した取組もあれば記入)	()
	研修医のライフイベントの相談窓口	①. 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入 (病院管理部管理課庶務係) 窓口の専任担当 1. 有 (_____ 名) ②. 無
	各種ハラスメントの相談窓口	窓口の名称を記入 (_____ ハラスメント相談窓口相談員) 窓口の専任担当 1. 有 (2 名) 0. 無
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。		
28. 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 臨床研修病院群医師臨床研修プログラム プログラム番号： 030915509 (2024 年度変更予定)
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)		1 年次： 8 名、2 年次： 8 名

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 5 ー

病院施設番号： 030915

臨床研修病院の名称： 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

30. 研修医の募集及び採用の方法 (基幹型記入)	研修プログラムに関する問い合わせ先	フリガナ カサイ ユウジ 氏名 (姓) 笠井 裕司
		所属 役職 管理課庶務係 主事
		電話：(052) 991—8121 F A X：(052) 916—2038
		e-mail：a9918121@sec.nagoya-cu.ac.jp
		URL：https://www.west-medical-center.med.nagoya-cu.ac.jp/
	資料請求先	住所 462-8508 (愛知県) 名古屋市北区平手町1丁目1番地の1
		担当部門 担当者氏名 フリガナ カサイ ユウジ 姓 笠井 名 裕司
		電話：(052) 991—8121 F A X：(052) 916—2038
		e-mail：a9918121@sec.nagoya-cu.ac.jp
		URL：https://www.west-medical-center.med.nagoya-cu.ac.jp/
	募集方法	①. 公募 2. その他 (具体的に：)
	応募必要書類 (複数選択可)	①. 履歴書、2. 卒業(見込み)証明書、③. 成績証明書、 4. 健康診断書、5. その他 (具体的に：)
	選考方法 (複数選択可)	①. 面接 ②. 筆記試験 その他 (具体的に： 択一式)
	募集及び選考の時期	募集時期： 7月 1日頃から 選考時期： 8月 31日頃から
	マッチング利用の有無	①. 有 ②. 無
31. 研修プログラムの名称及び概要 (基幹型記入)		概要：* 別紙3に記入 (作成年月日：西暦 2023年 4月 28日)
32. プログラム責任者の氏名等 (副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等) (基幹型記入) * プログラム責任者の履歴を様式2に記入 * 副プログラム責任者が配置されている場合には、副プログラム責任者の履歴を様式2に記入		(プログラム責任者) フリガナ イマダ ケンロウ 氏名 (姓) 今枝 氏名 (名) 憲郎 所属 役職 内分泌・糖尿病内科 部長 (副プログラム責任者) 1. 有 (名) ②. 無
33. 臨床研修指導医 (指導医) 等の氏名等 (基幹型記入) すべての臨床研修指導医等 (協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。) について氏名等を記入してください。		* 別紙4に記入
34. インターネットを用いた評価システム		①. 有 (EP00) ・その他 ()) ②. 無
35. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)		西暦 2024年 4月 1日
36. 研修医の処遇 (基幹型・協力型記入)	処遇の適用 (基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。) 常勤・非常勤の別	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 ②. 病院独自の処遇とする。 ①. 常勤 2. 非常勤

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書-6-

病院施設番号： 030915

臨床研修病院の名称： 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

37. 研修医の処遇（続き）	(基幹型・協力型記入)
基本手当／月（ 円）	賞与／年（ 円）
時間外手当：①有 ☐ 無 ☐	休日手当： ☐ 有 ☐ 無 ☐
勤務時間	基本的な勤務時間（ ～ ）24時間表記 休憩時間（ 時間） 時間外勤務の有無：①有 ☐ 無 ☐
休暇	有給休暇（１年次： 日、２年次： 日） 夏季休暇①有 ☐ 無 ☐ 年末年始①有 ☐ 無 ☐ その他休暇（具体的に：) 育児時間休暇、子の看護休暇、母性健康管理休暇、裁判員休暇、公民権行使休暇、介護休暇、病気休暇 ※無給休暇も含む。）
当直	回数(約 回/月)
研修医の宿舎（再掲）	1. 有(単身用: 戸、世帯用: 戸) ②. 無(住宅手当: 円) 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
研修医室（再掲）	①. 有(室) ②. 無 ☐ 有を選択した場合には、研修医室の数値を記入してください。
社会保険・労働保険	公的医療保険（全国健康保険協会 ☐ ） 公的年金保険（厚生年金 ☐ ） 労働者災害補償保険法の適用①有 ☐ 無 ☐ 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 ☐ ②. 無 ☐ ） 雇用保険①有 ☐ 無 ☐
健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に)
医師賠償責任保険の扱い	病院において加入①する ☐ しない ☐ 個人加入（1. 強制②任意 ☐ ）
外部の研修活動	学会、研究会等への参加①可 ☐ 否 ☐ 学会、研究会等への参加費用支給の有無①有 ☐ 無 ☐
院内保育所（再掲）	院内保育所の有無①有 ☐ ②無 ☐ 有を選択した場合、開所時間を記入してください（ 時～ 時） 病児保育（1. 有②無 ☐ ） 夜間保育①有 ☐ ②無 ☐
保育補助（再掲）	上記保育所は研修医の子どもに使用可能か①可 ☐ 不可 ☐ ベビーシッター・一時保育等利用時の補助（1. 有②無 ☐ ） その他の補助（具体的に：)
体調不良時に休憩・授乳等に利用できる場所（再掲）	休憩場所①有 ☐ ②無 ☐ 授乳スペース①有 ☐ ②無 ☐
その他育児関連施設・取組があれば記入（院外との連携した取組もあれば記入）（再掲）	()
研修医のライフイベントの相談窓口（再掲）	①有 ☐ ②無 ☐ 窓口の名称がある場合記入（病院管理部管理課庶務係 ☐ ） 窓口の専任担当 1. 有(名) ②無 ☐
各種ハラスメントの相談窓口（再掲）	窓口の名称を記入（ハラスメント相談窓口相談員 ☐ ） 窓口の専任担当 1. 有(名) ②無 ☐
38. 研修医手帳（基幹型記入）	①有 ☐ ②無 ☐
39. 連携状況（基幹型記入）	*様式6に記入

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 1 ー

病院施設番号：031044

臨床研修病院の名称：社会福祉法人 恩賜財団済生会 愛知県済生会リハビリテーション病院

記入日：西暦 2023 年 4 月 18 日

病院施設番号 (基幹型、協力型記入) 既に番号を取得している臨床研修病院については 病院施設番号を記入してください。	031044		臨床研修病院群の名称 (基幹型、協力型記入) 既に臨床研修病院群番号を有している臨床 研修病院群については、番号も記入し てください。	名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 0304044
作成責任者の氏名及び連絡先 (基幹型、協力型記入) 本報告書の問合せに対して回答できる作成 責任者について記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ 氏名(姓) 平野 (名) 弘		役職 係長 (内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) e-mail : jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ シャカイフクシホクシン オンゾウ イダンサセカイイ アイケンサセカイリハビテーションヨウイン 社会福祉法人 恩賜財団済生会 愛知県済生会リハビリテーション病院			
2. 病院の所在地及び二次医療圏の名称 (基幹型・協力型記入)	〒 4 5 1 - 0 0 5 2 (愛知県) 名古屋市西区栄生 1-1-18 電話：052-571-5251 F A X：052-551-0057 二次医療圏 の名称：名古屋医療圏			
3. 病院の開設者の氏名(法人の名称) (基幹型・協力型記入)	フリガナ シャカイフクシホクシン オンゾウ イダンサセカイイ アイケンサセカイ ショウ チョウ カクケンイ 社会福祉法人 恩賜財団済生会支部 愛知県済生会 支部長 加藤 欽一			
4. 病院の開設者の住所(法人の主たる事務所の所在地) (基幹型・協力型記入)	〒 4 5 1 - 0 0 5 2 (愛知県) 名古屋市西区栄生 1-1-18 電話：052-571-5251 F A X：052-551-0057			
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ タウチ ノブオ 姓 田内		名 宣生	
6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数 (基幹型記入)	* 別紙 1 に記入 研修管理委員会のすべての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。			
7. 病院群の構成等 (基幹型記入)	* 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。			
8. 病院のホームページアドレス (基幹型・協力型記入)	http://www.aichi.saiseikai.or.jp			

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー2ー

病院施設番号：031044

臨床研修病院の名称：社会福祉法人 恩賜財団済生会 愛知県済生会リハビリテーション病院

		※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 (基幹型・協力型記入)			常勤：11名、非常勤（常勤換算）：1名 計（常勤換算）：12名、医療法による医師の標準員数：4名 * 研修医の氏名等について様式3に記入
10. 救急医療の提供の実績 (基幹型・協力型記入)	救急病院認定の告示		告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号
	医療計画上の位置付け		1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無		1. 有 () m ² ① 無
	救急医療の実績		前年度の件数： 0 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 0 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 0 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制		医師：0名、看護師及び准看護師：0名
	指導を行う者の氏名等		* 別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科		内科系（1. 有 ① 無） 外科系（1. 有 ① 無） 小児科（1. 有 ① 無） その他（ ）
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） (基幹型・協力型記入)			1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養：199 床
12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 (基幹型・協力型記入)			* 別紙2に記入
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） (基幹型・協力型記入)			1. 一般： 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日 4. 結核： 日、5. 療養： 62.9 日
14. 前年度の分娩件数 (基幹型・協力型記入)			正常分娩件数： 0 件、異常分娩件数： 0 件
15. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 (基幹型・協力型記入)	開催回数		前年度実績： 0 回、今年度見込： 0 回 ※報告・届出病院の主催の下に開催した回数を記載
	指導を行う病理医の氏名等		* 別紙4に記入
	剖検数		前年度実績： 0 件、今年度見込： 0 件
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室 1. 有 ① 無 () 大学、() 病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
16. 研修医のための宿舍及び研修医室の有無 (基幹型・協力型記入)	研修医の宿舍		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） ① 無（住宅手当： 0 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室		1. 有 (室) ① 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
17. 図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境及び医学教育用機材の整備状況 (基幹型・協力型記入)	図書室の広さ		(21,780) m ²
	医学図書数		国内図書： 171 冊、国外図書： 5 冊
	医学雑誌数		国内雑誌： 16 種類、国外雑誌： 0 種類
	図書室の利用可能時間		8:30 ~ 17:00 24 時間表記
	文献データベース等の利用環境		Medline 等の文献データベース ① 有 0. 無、教育用コンテンツ（1. 有 ① 無）、 その他（ ）
	医学教育用機材の整備状況		利用可能時間（ 8:30 ~ 17:00 ）24 時間表記 医学教育用シミュレーター（1. 有 ① 無）、 その他（ ）

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－３－

病院施設番号：031044

臨床研修病院の名称：社会福祉法人 恩賜財団済生会 愛知県済生会リハビリテーション病院

18. 病歴管理体制 (基幹型・協力型記入)	病歴管理の責任者の氏名及び役職 診療に関する諸記録の管理方法 診療録の保存期間 診療録の保存方法	フガナ コウケツ ヒロユキ 氏名(姓) 額綱 (名) 博之 役職 医事・情報管理課長 ① 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に:) (5) 年間保存 1. 文書 ② 電子媒体 その他(具体的に:)													
19. 医療安全管理体制 (基幹型・協力型記入)	安全管理者の配置状況 安全管理部門の設置状況 患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況 医療に係る安全管理のための指針の整備状況 医療に係る安全管理委員会の開催状況 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	① 有 (2 名) 0. 無 有を選択した場合には、安全管理者の人数を記入してください。 職員：専任 (1) 名、兼任 (1) 名 主な活動内容：医療事故についての情報収集、医療事故防止のための研修および院内教育等 患者相談窓口の責任者の氏名等： フガナ ワタナベ ヒロユキ 氏名(姓) 渡邊 (名) 浩之 役職 検査科技師長 対応時間 (8:30 ~ 17:30) 24時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無：① 有 0. 無 ① 有 0. 無 指針の主な内容：医療事故防止マニュアル 年 (12) 回 活動の主な内容：ヒヤリハット報告の分析、医療事故防止対策 年 (2) 回 研修の主な内容：回復リハ病棟主催「リスクマネジメント研修会(オンデマンド配信)」の視聴による研修 インシデント・アクシデント関連資料の閲覧による自主研修 医療機関内における事故報告等の整備：① 有 0. 無 その他の改善のための方策の主な内容：医療事故防止マニュアルに基づく事故防止対策を実施													
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 (基幹型・協力型記入)	修了： 0 名 中断： 0 名														
21. 現に受け入れている研修医の数 (基幹型・協力型記入)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>前々年度</th> <th>前年度</th> <th>当該年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 年</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2 年</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>				前々年度	前年度	当該年度	1 年	0	0	0	2 年	0	0	0
	前々年度	前年度	当該年度												
1 年	0	0	0												
2 年	0	0	0												
22. 受入可能定員 (基幹型・協力型記入)	許可病床数(歯科の病床数を除く。)から算出 患者数から算出	許可病床数 (199) 床 ÷ 10 = (19) 名 年間入院患者数 (978) 人 ÷ 100 = (9.8) 名													
23. 当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。	○ 派遣実績 → 募集定員加算 名 名 ※ 募集定員加算の人数は、報告・届出年度の翌年度の募集定員を算出する際に用いる医師派遣等の加算人数を記入すること。(記入要領 25 を参照) ○地域医療対策協議会等の意向の把握 (有 ・ 無) ※ 該当する方を○で囲むこと。														

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 4 ー

病院施設番号： 031044

臨床研修病院の名称：社会福祉法人 恩賜財団済生会 愛知県済生会リハビリテーション病院

項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。		※
24. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。		1. 精神保健福祉士： 名 (常勤： 名、非常勤： 名) 2. 作業療法士： 28 名 (常勤： 28 名、非常勤： 0 名) 3. 臨床心理技術者： 名 (常勤： 名、非常勤： 名) 9. その他の精神科技術職員： 名 (常勤： 名、非常勤： 名)
25. 第三者評価の受審状況 (基幹型記入)		1. 有 (評価実施機関名： (年 月 日)) ☒ 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。		
26. 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称： プログラム番号：
27. 研修医の募集定員 (基幹型記入)		1 年次： 名、2 年次： 名
28. 研修医の募集及び採用の方法 (基幹型記入)	研修プログラムに関する問い合わせ先	フガナ 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話：() — FAX：() — e-mail：
	資料請求先	URL：http:// 住所 〒 — (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 姓 名 電話：() — FAX：() — e-mail： URL：http://
	募集方法	1. 公募 2. その他 (具体的に：)
	応募必要書類 (複数選択可)	1. 履歴書、2. 卒業(見込み)証明書、3. 成績証明書、 4. 健康診断書、5. その他 (具体的に：)
	選考方法 (複数選択可)	1. 面接 2. 筆記試験 その他 (具体的に：)
	募集及び選考の時期	募集時期： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から
マッチング利用の有無		1. 有 0. 無

6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（2022 年度開催回数 6 回）

病院施設番号：030404 臨床研修病院の名称：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

氏名	所属	役職	備考
クズヤ マサフミ	名鉄病院	院長	研修管理委員長
葛谷 雅文			
タケダ キンイチ	名鉄病院	副院長	プログラム責任者 臨床研修指導医
竹田 欽一			
イチハラ ヨシオ	名鉄病院	部長	臨床研修指導医
市原 義雄			
ニシオ ユウジ	名鉄病院	部長	臨床研修指導医
西尾 雄司			
ヤマモト カナ	名鉄病院	医師	臨床研修指導医
山本 佳奈			
コバヤシ ヒロユキ	名鉄病院	副院長	臨床研修指導医
小林 裕幸			
ヒシダ ミツヒロ	名鉄病院	部長	臨床研修指導医
菱田 光洋			
ツノダ ユキコ	名鉄病院	医師	
角田 夕紀子			
タカハシ スマコ	名鉄病院	看護部長	
高橋 須磨子			
ムトウ タツヤ	名鉄病院	薬剤部長	
武藤 達也			

※ 1 ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（2022 年度開催回数 6 回）

病院施設番号：030404 臨床研修病院の名称：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

氏名		所属	役職	備考
スズキ セイジ		名鉄病院	課長（診療放射線技師）	
鈴木	誠治			
ハットリ タダシ		名鉄病院	係長（臨床検査技師）	
服部	正			
ヨシダ テルモト		名鉄病院	事務部長	
吉田	輝基			
カワイ ヒロキ			外部委員（西区医師会長）	
河合	宏紀			
ツダ ヒロユキ		日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院	第三産婦人科部長	研修実施責任者、指導医
津田	弘之			
カタダ エイイチ		名古屋市立西部医療センター	臨床研修センター長	研修実施責任者
片田	栄一			
ヨネダ チカコ		愛知県済生会リハビリテーション病院	部長	研修実施責任者
米田	千賀子			
ナカノ ショウゴ		愛知医科大学病院	卒後臨床研修センター長	研修実施責任者
中野	正吾			
ヨシダ シンイチ		医療法人資生会 八事病院	副院長	研修実施責任者
吉田	伸一			
ハブチ チカコ		愛知県精神医療センター	総合医療部長	研修実施責任者、指導医
羽淵	知可子			

※ 1 ページ目の最上欄には、研修管理委員長の名等を入力すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を入力すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を入力すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（2022 年度開催回数 6 回）

病院施設番号：030404 臨床研修病院の名称：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

氏名		所属	役職	備考
シモカタ タツユキ		マスブン医院	院長	研修実施責任者
下方	辰幸			
ホッタ リョウ		老人保健施設 満天星	施設長	研修実施責任者
堀田	良			
オゼキ ノリシゲ		尾関医院	院長	研修実施責任者
尾関	規重			
リュウゲ ジロウ		リウゲ内科 小田井クリニック	院長	研修実施責任者
龍華	二郎			
サクライ サトシ		医療法人 桜井医院	院長	研修実施責任者
桜井	敏			
カトウ シンジ		かとう医院	院長	研修実施責任者
加藤	真司			
トクダ マモル		徳田クリニック	院長	研修実施責任者、指導医
徳田	衛			
イワオ ヤスコ		まごころの杜クリニック	院長	研修実施責任者、指導医
岩尾	康子			
サカクラ カズヨシ		坂倉医院	院長	研修実施責任者
坂倉	一義			
キマタ タカヤ		あおい在宅診療所	院長	研修実施責任者、指導医
木股	貴哉			

※ 1 ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（2022 年度開催回数 6 回）

病院施設番号：030404 臨床研修病院の名称：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

氏名		所属	役職	備考
ヨコツカ タロウ		クリニック かけはし	院長	研修実施責任者、指導医
横塚	太郎			
コヤマ アキオ		医療法人 古山医院	院長	研修実施責任者
古山	明夫			
マツモト ミツヒロ		名古屋市千種保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
松本	光弘			
ノロ ユウキ		名古屋市東保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
野呂	優樹			
カナダ セイイチ		名古屋市北保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
金田	誠一			
タナベ ヒロシ		名古屋市西保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
田邊	裕			
カミヤ ミホ		名古屋市中村保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
神谷	美歩			
ヤマダ ケイイチ		名古屋市中保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
山田	敬一			
クズシマ キヨタカ		名古屋市昭和保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
葛島	清隆			
ヤスフク サユリ		名古屋市瑞穂保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
安福	小由里			

※ 1 ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（2022 年度開催回数 6 回）

病院施設番号：030404 臨床研修病院の名称：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

氏名		所属	役職	備考
ナツメ ヒロミキ		名古屋市熱田保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
夏目	洋幹			
イトウ ヤスノリ		名古屋市中川保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
伊藤	恭典			
カタヤマ ミユキ		名古屋市港保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
片山	幸			
ゴシマ アキラ		名古屋市南保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
五島	明			
ミズタニ アイコ		名古屋市守山保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
水谷	亜以子			
オオシゲ ライザブロウ		名古屋市緑保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
大重	頼三郎			
ホソノ アキヒロ		名古屋市名東保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
細野	晃弘			
ハセベ テツヤ		名古屋市天白保健センター	保健センター所長	研修実施責任者
長谷部	哲也			

※ 1 ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

7. 病院群の構成等

別表

基幹型又は地域密着型病院の名称（所在都道府県）：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院（愛知県）

基幹型又は地域密着型病院				協力型病院					臨床研修協力施設					研修プログラム	
所在都道府県	二次医療圏	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・削除	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・削除	名称	新規	名称	定員
愛知県	名古屋・尾張中部	名鉄病院 (病院施設番号:030404)		愛知県	名古屋・尾張中部		日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 (病院施設番号:030401)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市千種保健センター (病院施設番号:033402)		名鉄病院医師臨床研修プログラム	
				愛知県	名古屋・尾張中部		愛知県精神医療センター (病院施設番号:030417)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市東保健センター (病院施設番号:033403)			
				愛知県	尾張東部		愛知医科大学病院 (病院施設番号:030420)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市北保健センター (病院施設番号:033404)			
				愛知県	名古屋・尾張中部		医療法人實生会 八事病院 (病院施設番号:030810)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市西保健センター (病院施設番号:033405)			
				愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市立大学医学部附属西部医療センター (病院施設番号:030915)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市中村保健センター (病院施設番号:033406)			
				愛知県	名古屋・尾張中部		愛知県済生会リハビリテーション病院 (病院施設番号:031044)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市中保健センター (病院施設番号:033407)			
							(病院施設番号:)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市昭和保健センター (病院施設番号:033408)			
							(病院施設番号:)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市瑞穂保健センター (病院施設番号:033409)			
							(病院施設番号:)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市熱田保健センター (病院施設番号:033410)			
							(病院施設番号:)		愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市中川保健センター (病院施設番号:033411)			

病院群を構成する臨床研修病院及び研修協力施設（病院又は診療所に限る）が同一の二次医療圏又は同一の都道府県を越えている場合は、その理由を以下に記載。

愛知医科大学病院（麻酔科）は当院麻酔科と密接な関係があり、高度な麻酔科研修を行う場合に備えて、病院群に登録しております。

※ 該当する項目について、上から病院施設番号順に結めて記入すること。

※ 病院群を構成するすべての基幹型病院、地域密着型病院、協力型病院及び臨床研修協力施設（今回の届出により削除しようとするものを含む。）の所在都道府県、二次医療圏、名称をそれぞれの「所在都道府県」「二次医療圏」、「名称」欄に記入（既に病院施設番号を取得している研修病院等は番号を「名称」欄に記入）した上で、それぞれの施設が新たに臨床研修協力病院（協力施設）となる場合は「新規」欄に「○」を記入し、また、臨床研修病院（協力施設）を追加又は削除する場合にはそれぞれの施設が以前の病院群に追加されるか以前の病院群から削除されるかにより「追加・削除」欄に「追加」又は「削除」を記入すること。

※ 当該病院群に係るすべての研修プログラムの名称及び募集定員（自治医科大学卒業生分等マッチングによらないものを含む）を「研修プログラム」欄に記入すること。

7. 病院群の構成等

別表

基幹型又は地域密着型病院の名称（所在都道府県）：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院 （愛知県）

基幹型又は地域密着型病院				協力型病院					臨床研修協力施設					研修プログラム	
所在都道府県	二次医療圏	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・ 削除	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・ 削除	名称	新規	名称	定員
愛知県	名古屋・尾張中部	名鉄病院 (病院施設番号:030404)							愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市港保健センター (病院施設番号:033412)		名鉄病院医師臨床研修 プログラム	7
								愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市南保健センター (病院施設番号:033413)				
								愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市守山保健センター (病院施設番号:033414)				
								愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市緑保健センター (病院施設番号:033415)				
								愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市名東保健センター (病院施設番号:033416)				
								愛知県	名古屋・尾張中部		名古屋市天白保健センター (病院施設番号:033417)				
								愛知県	海部		マスブン医院 (病院施設番号:033698)				
								愛知県	名古屋・尾張中部		老人保健施設 満天星 (病院施設番号:041050)				
								愛知県	名古屋・尾張中部		医療法人 古山医院 (病院施設番号:056614)				
								愛知県	名古屋・尾張中部		尾関医院 (病院施設番号:096280)				

病院群を構成する臨床研修病院及び研修協力施設（病院又は診療所に限る）が同一の二次医療圏又は同一の都道府県を越えている場合は、その理由を以下に記載。

マスブン医院(あま市甚目寺)は医療圏は違いますが、当院所在地（名古屋市西区）に隣接する近隣の医療機関で診療上のかかわりも深く、地域医療、地域保健の研修施設として適切と考え、研修協力施設に登録しております。

※ 該当する項目について、上から病院施設番号順に詰めて記入すること。

※ 病院群を構成するすべての基幹型病院、地域密着型病院、協力型病院及び臨床研修協力施設（今回の届出により削除しようとするものを含む。）の所在都道府県、二次医療圏、名称をそれぞれの「所在都道府県」「二次医療圏」、「名称」欄に記入（既に病院施設番号を取得している研修病院等は番号を「名称」欄に記入）した上で、それぞれの施設が新たに臨床研修協力病院（協力施設）となる場合は「新規」欄に「○」を記入し、また、臨床研修病院（協力施設）を追加又は削除する場合にはそれぞれの施設が以前の病院群に追加されるか以前の病院群から削除されるかにより「追加・削除」欄に「追加」又は「削除」を記入すること。

※ 当該病院群に係るすべての研修プログラムの名称及び募集定員（自治医科大学卒業生分等マッチングによらないものを含む）を「研修プログラム」欄に記入すること。

7. 病院群の構成等

別表

基幹型又は地域密着型病院の名称（所在都道府県）：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院（愛知県）

基幹型又は地域密着型病院				協力型病院					臨床研修協力施設					研修プログラム	
所在都道府県	二次医療圏	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・削除	名称	新規	所在都道府県	二次医療圏	追加・削除	名称	新規	名称	定員
愛知県	名古屋	名鉄病院 (病院施設番号:030404)							愛知県	名古屋・尾張中部		医療法人 桜井医院 (病院施設番号:106023)		名鉄病院医師臨床研修プログラム	7
									愛知県	名古屋・尾張中部		リウゲ内科 小田井クリニック (病院施設番号:106024)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		坂倉医院 (病院施設番号:126878)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		徳田クリニック (病院施設番号:126888)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		まごころ在宅医療クリニック (病院施設番号:126889)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		あおい在宅診療所 (病院施設番号:147735)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		クリニックかけはし (病院施設番号:168395)			
									愛知県	名古屋・尾張中部		かとう医院 (病院施設番号:178447)			

病院群を構成する臨床研修病院及び研修協力施設（病院又は診療所に限る）が同一の二次医療圏又は同一の都道府県を越えている場合は、その理由を以下に記載。

※ 該当する項目について、上から病院施設番号順に結めて記入すること。

※ 病院群を構成するすべての基幹型病院、地域密着型病院、協力型病院及び臨床研修協力施設（今回の届出により削除しようとするものを含む。）の所在都道府県、二次医療圏、名称をそれぞれの「所在都道府県」「二次医療圏」、「名称」欄に記入（既に病院施設番号を取得している研修病院等は番号を「名称」欄に記入）した上で、それぞれの施設が新たに臨床研修協力病院（協力施設）となる場合は「新規」欄に「○」を記入し、また、臨床研修病院（協力施設）を追加又は削除する場合にはそれぞれの施設が以前の病院群に追加されるか以前の病院群から削除されるかにより「追加・削除」欄に「追加」又は「削除」を記入すること。

※ 当該病院群に係るすべての研修プログラムの名称及び募集定員（自治医科大学卒業生分等マッチングによらないものを含む）を「研修プログラム」欄に記入すること。

12. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称： 名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院
 病院施設番号： 030404

区 分	内 科	救急部門	外 科	麻酔科 (部門)	小児科	産婦人科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科		泌 尿 器 科	耳 鼻 咽 喉 科		眼 科	皮 膚 科	放 射 線 科	
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数	3,308	(11,046)	2,237		848		()	51		1,241	543		285	26	0	8,539
年間新外来患者数	8,610		3,288		2,055			480		1,817	1,231		383	1,125	644	19,633
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	484.5 (254)	()	107.7 (254)	()	32.0 (254)		()	27.5 (254)	()	82.5 (254)	461 (254)		64.9 (254)	55.7 (254)	3.0 (254)	
平均在院日数	17.4		13.9		5.1			6.9		7.8	5.7		3.2	19.7	0	
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	32 (12)	1 (1)	14 (9)	5 (5)	5 (1)		()	3 (1)	()	8 (2)	3 (1)		3 (1)	2 (0)	1 (0)	92 (34)

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数(小数第二位を四捨五入)とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙(様式自由)に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11.の救急医療の実績の前年度の件数及び15.の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

※ 基幹型指定申請においては、内科及び救急部門に係る患者の症例リストを添付すること。(様式任意)

12. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称： 名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

病院施設番号：030404

区 分	内 科	救 急 部 門	外 科	麻 酔 科 (部門)	小 児 科	産 婦 人 科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他 の研修 を行う 診療科			合 計
							産 科	婦 人 科					病 理 診 断 科	予 防 接 種	研 修 医 室	
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()						0			0
年間新外来患者数													0			0
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	()	()	()	()	()	()	()	()	()		()	()	0 ()			
平均在院日数													0			
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	()	()	()	()	()	()	()	()	()		()	()	1 (0)	2 (1)	12 (0)	0

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数(小数第二位を四捨五入)とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙(様式自由)に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

12. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和5年度分)								臨床研修病院の名称：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院						
								病院施設番号：030404						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	内科	2	3.5	3	3.5	3	3	4.5	4	3.5	2.5	3	2.75	1.75
名鉄病院	救急部門	0.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.5
名鉄病院	地域医療													
名鉄病院	外科	0.5	1	1	1	2	1.5		0.5	0.75	1.25	0.5	0.5	0.75
名鉄病院	麻酔科		0.5	1	0.5		0.5	0.5			0.25	0.75	0.25	1
名鉄病院	小児科								0.5	0.75	1	0.75	0.75	1
総合上飯田第一病院	小児科				0.75	1	1	0.25						
	小児科合計				0.75	1	1	0.25	0.5	0.75	1	0.75	0.75	1
名鉄病院	産婦人科								1	1	1			
名鉄病院	泌尿器科													0.5
名鉄病院	耳鼻咽喉科												0.75	0.5

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

12. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和6年度分)								臨床研修病院の名称：名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院						
								病院施設番号：030404						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	内科	2	3.5	3	3.5	3	3	4.5	4	3.5	2.5	3	2.75	1.75
名鉄病院	救急部門	0.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.5
名鉄病院	地域医療													
名鉄病院	外科	0.5	1	1	1	2	1.5		0.5	0.75	1.25	0.5	0.5	0.75
名鉄病院	麻酔科		0.5	1	0.5		0.5	0.5			0.25	0.75	0.25	1
名鉄病院	小児科								0.5	0.75	1	0.75	0.75	1
総合上飯田第一病院	小児科				0.75	1	1	0.25						
	小児科合計				0.75	1	1	0.25	0.5	0.75	1	0.75	0.75	1
名鉄病院	産婦人科								1	1	1			
名鉄病院	泌尿器科													0.5
名鉄病院	耳鼻咽喉科												0.75	0.5

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

12. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院
 病院施設番号：030401

区 分	内 科	救急部門	外 科	麻酔科（部 門）	小児科	産婦人科	又は		精神科	その他の研修を行う診療科						計 合	
							科	産科		婦人科	リハビリ	放射線科	病理	検査	緩和ケア科		化学療法内
年間入院患者実数 （）内は救急件数又は分娩件数						2,774 (1,075)										2,774	
年間新外来患者数						2,309										2,309	
1日平均外来患者数 （）内は年間外来診療日数						90.8 (243)											
平均在院日数						7.7											
常勤医師数 （うち臨床研修指導医（指導医） 数）						23 (9)										22 (9)	

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

※ 基幹型指定申請においては、内科及び救急部門に係る患者の症例リストを添付すること。（様式任意）

12. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和5年度分) 研修予定はありません						臨床研修病院の名称：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院								
						病院施設番号：030401								
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	11～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	産婦人科													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

(令和6年度分) 研修予定はありません						臨床研修病院の名称：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院								
						病院施設番号：030401								
基幹型病院名	担当分野	<u>1～ 4週</u>	<u>5～ 8週</u>	<u>9～ 12週</u>	<u>11～ 16週</u>	<u>17～ 20週</u>	<u>21～ 24週</u>	<u>25～ 28週</u>	<u>29～ 32週</u>	<u>33～ 36週</u>	<u>37～ 40週</u>	<u>41～ 44週</u>	<u>45～ 48週</u>	<u>49～ 52週</u>
名鉄病院	産婦人科													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とすること）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

12. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：愛知県精神医療センター
病院施設番号：030417

区 分	内 科	救 急 部 門	外 科	麻 酔 科 (部 門)	小 児 科	産 婦 人 科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を 行う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()		1,043							1,043
年間新外来患者数									499							499
1 日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	()	()	()	()	()	()	()	()	199.8 (243) ()	()	()	()	()	()	()	/
平均在院日数									62.7							/
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導 医) 数)	()	()	()	()	()	()	()	()	17 (10)	()	()	()	()	()	()	17 (10)

※ 「年間入院患者実数」とは、当該年度の前々年度の繰越患者数に当該年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、当該年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、10. の救急医療の実績の前年度の件数及び14. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

※ 基幹型臨床研修病院においては、内科及び救急部門に係る患者の症例リストを添付すること。（様式任意）

13. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(5 年度分)								臨床研修病院の名称：愛知県精神医療センター						
								病院施設番号：030417						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	精神科					1	1	1	1					

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 担当分野が選択科目の場合は、受け入れる研修医の延人数は、受け入れ予定の最大数を記入すること。

13. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(6 年度分)								臨床研修病院の名称：愛知県精神医療センター						
								病院施設番号：030417						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	精神科					1	1	1	1					

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 担当分野が選択科目の場合は、受け入れる研修医の延人数は、受け入れ予定の最大数を記入すること。

12. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：愛知医科大学病院

病院施設番号：030420

区 分	内 科	救 急 部 門	外 科	麻 酔 科 (部 門)	小 児 科	産 婦 人 科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科					脳 神 経 外 科	整 形 外 科	皮 膚 科	
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数				1												1
年間新外来患者数				23												23
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数				29.0 (248)												
平均在院日数				0												
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)				6 (2)												6 (2)

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

※ 基幹型指定申請においては、内科及び救急部門に係る患者の症例リストを添付すること。（様式任意）

12. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和5年度分) 研修予定はありません						臨床研修病院の名称：愛知医科大学病院								
						病院施設番号：030420								
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	11～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	麻酔科													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

(令和6年度分) 研修予定はありません						臨床研修病院の名称：愛知医科大学病院								
						病院施設番号：030420								
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	11～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	麻酔科													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とすること）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

12. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：医療法人資生会 八事病院
病院施設番号：030810

区 分	内 科	救 急 部 門	外 科	麻 酔 科 (部 門)	小 児 科	産 婦 人 科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()		1303							1,303
年間新外来患者数									808							808
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	()	()	()	()	()	()	()	()	127.0 (244)	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数									112.1							
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	()	()	()	()	()	()	()	()	17 (7)	()	()	()	()	()	()	17 (7)

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

※ 基幹型指定申請においては、内科及び救急部門に係る患者の症例リストを添付すること。（様式任意）

12. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和5年度分)								臨床研修病院の名称：医療法人資生会 八事病院						
								病院施設番号：030810						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	精神科			1	1									

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とすること）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

12. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和6年度分)								臨床研修病院の名称：医療法人資生会 八事病院						
								病院施設番号：030810						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	精神科			1	1									

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とすること）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

13. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

病院施設番号：030915

区 分	内 科	救 急 部 門	外 科	麻 酔 科 (部 門)	小 児 科	産 婦 人 科	又は		精 神 科	病院で定めた必 修科目の診療科			その他の研修 を行う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科					脳 神 経 外 科	整 形 外 科	皮 膚 科	
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数						2,124 (1,251)	()									2,124 (1,251)
年間新外来患者数						2,221										2,221
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数						125.0 (243)										
平均在院日数						6.8										
常勤医師数 (うち臨床研修指導医(指導医) 数)						12 (3)	()	()								12 (3)

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数(小数第二位を四捨五入)とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙(様式自由)に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

※ 基幹型指定申請においては、内科及び救急部門に係る患者の症例リストを添付すること。(様式任意)

13. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

[illegible]

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間 4 週 について 1 人とすること）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

13. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(6 年度分)								臨床研修病院の名称：名古屋市立大学医学部附属西部医療センター						
								病院施設番号：030915						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	産婦人科							1	1	1				

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

12. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：愛知県済生会リハビリテーション病院

病院施設番号：031044

区 分	内 科	救急部門	外 科	麻酔科 (部門)	小児科	産婦人科	又は		精神科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科					リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 科			
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()						978			978
年間新外来患者数	771												0			771
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	5.6 (244)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	0.7 (244)	()	()	
平均在院日数													62.9			
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	6 (0)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	5 (0)	()	()	11 (0)

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

※ 基幹型指定申請においては、内科及び救急部門に係る患者の症例リストを添付すること。（様式任意）

12. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和5年度分) 研修予定はありません。								臨床研修協力施設の名称：						
								愛知県済生会リハビリテーション病院						
								病院施設番号：031044						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	地域医療													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

12. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和6年度分) 研修予定はありません。									臨床研修協力施設の名称：					
									愛知県済生会リハビリテーション病院					
									病院施設番号：031044					
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	地域医療													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医(指導医)
内科	竹田 欽一	名鉄病院	副院長	29	○	プログラム責任者 日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404407,030404408	1、4
内科	市原 義雄	名鉄病院	部長	40	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404408	4
内科	杉浦 宏紀	名鉄病院	部長	41	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404408	4
内科	野田 友則	名鉄病院	部長	19	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404407,030404408	4
内科	緒方 良	名鉄病院	部長	17	○	名大ネットワーク指導医講習会受講済	030404407,030404408	4
内科	西尾 雄司	名鉄病院	部長	36	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404407,030404408	4
内科	山本 佳奈	名鉄病院	医師	8	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404407,030404408	4
内科	宮尾 眞一	名鉄病院	部長	40	○	名大ネットワーク指導医講習会受講済	030404407,030404408	4
内科	満間 典雅	名鉄病院	部長	31	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404408	4
内科	内田 圭	名鉄病院	部長	23	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404407,030404408	4
内科	佐尾 浩	名鉄病院	部長	43	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404408	4
内科	岡本 秀樹	名鉄病院	副院長	38	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404408	4
小児科	渡邊 修大	名鉄病院	部長	27	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404408	4
外科	野青 英樹	名鉄病院	部長	45	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404408	4
外科	小林 裕幸	名鉄病院	副院長	39	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404408	4
外科	中山 裕史	名鉄病院	部長	29	○	国立病院機構臨床研修指導医講習会受講済	030404407,030404408	4

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験 年数	指導医講習会等の 受講経験 有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任 者 2 副プログラ ム責任者 3 研修 実施責任者 4 臨床研修指導医 (指導医)
外科	菱田 光洋	名鉄病院	部長	22	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404407,030404 408	4
外科	鳥居 康二	名鉄病院	部長	21	○	愛知県厚生農業協同組合連合会臨床研修指導医講習会受講済	030404407,030404 408	4
外科	土屋 篤志	名鉄病院	副院長	26	○	名大ネットワーク指導医講習会受講済	030404407,030404 408	4
外科	長谷川 一行	名鉄病院	部長	19	○	愛知県厚生農業協同組合連合会臨床研修指導医講習会受講済	030404407,030404 408	4
外科	大原 茂幹	名鉄病院	部長	44	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404 408	4
外科	竹内 洋太郎	名鉄病院	部長	26	○	国立病院機構臨床研修指導医講習会受講済	030404407,030404 408	4
産婦人科	平尾 有希恵	名鉄病院	部長	35	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404407,030404 408	4
麻酔科	藤原 祥裕	名鉄病院	副院長	36	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404 408	4
麻酔科	明石 学	名鉄病院	部長	48	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404407,030404 408	4
麻酔科	神立 延久	名鉄病院	部長	27	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404 408	4
麻酔科	佐藤 祐子	名鉄病院	部長	27	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404 408	4
麻酔科	橋本 篤	名鉄病院	部長	25	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404 408	4
救急部	三島 亜紀	名鉄病院	部長	21	○	藤田保健衛生大学病院臨床研修指導医講習会受講済	030404407,030404 408	4
泌尿器科	成島 雅博	名鉄病院	部長	39	○	名大ネットワーク指導医講習会受講済	030404407,030404 408	4
泌尿器科	荒木 英盛	名鉄病院	部長	25	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407,030404 408	4
耳鼻咽喉科	植田 広海	名鉄病院	部長	44	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404407,030404 408	4

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験 年数	指導医講習会等の 受講経験 有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医(指導医)
選択	高木 智穂	名鉄病院	部長	21	○	名大ネットワーク指導医講習会受講済	030404407,030404408	4
選択	永田 俊人	名鉄病院	部長	34	○	日本医師会指導医のための教育ワークショップ受講済	030404407,030404408	4
病理診断科	原田 智子	名鉄病院	部長	32	×		030404407,030404408	3、上級医
看護部	高橋 須磨子	名鉄病院	看護部長				030404407,030404408	指導者
薬剤部	武藤 達也	名鉄病院	薬剤部長				030404407,030404408	指導者
放射線科	鈴木 誠治	名鉄病院	課長(診療放射線技師)				030404407,030404408	指導者
中央臨床検査部	服部 正	名鉄病院	係長(臨床検査技師)				030404407,030404408	指導者
地域医療	下方 辰幸	マスブン医院	院長	41	×		030404407	3、上級医
地域医療	尾関 規重	尾関医院	院長	44	×		030404407	3、上級医
地域医療	龍華 二郎	リウゲ内科 小田井クリニック	院長	53	×		030404407	3、上級医
地域医療	桜井 敏	医療法人 桜井医院	院長	37	×		030404407	3、上級医
地域医療	徳田 衛	徳田クリニック	院長	34	○	名大ネットワーク指導医講習会受講済	030404407	3、4
地域医療	岩尾 康子	まごころ在宅医療クリニック	院長	28	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407	3、4
地域医療	坂倉 一義	坂倉医院	院長	42	×		030404407	3、上級医
地域医療	木股 貴哉	あおい在宅診療所	院長	23	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407	3、4
地域医療	横塚 太郎	クリニックかけはし	院長	20	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407	3、4

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験 年数	指導医講習会等の 受講経験 有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医 (指導医)
地域医療	鬼頭 哲太郎	クリニックかけはし	副院長	20	○	臨床研修指導医養成講習会受講済	030404407	4
地域医療	古山 明夫	医療法人 古山医院	院長	45	×		030404407	3、上級医
地域医療	加藤 眞司	かとう医院	院長	45	×		030404407	3、上級医
選択	堀田 良	老人保健施設 満天星	施設長	48	×		030404407	3、上級医
選択	松本 光弘	千種保健センター	保健センター 所長	29			030404407	3、上級医
選択	野呂 優樹	東保健センター	保健センター 所長	5			030404407	3、上級医
選択	金田 誠一	北保健センター	保健センター 所長	45			030404407	3、上級医
選択	田邊 裕	西保健センター	保健センター 所長	14			030404407	3、上級医
選択	神谷 美歩	中村保健センター	保健センター 所長	35			030404407	3、上級医
選択	山田 敬一	中保健センター	保健センター 所長	38			030404407	3、上級医
選択	葛島 清隆	昭和保健センター	保健センター 所長	38			030404407	3、上級医
選択	安福 小由里	瑞穂保健センター	保健センター 所長	27			030404407	3、上級医
選択	夏田 洋幹	熱田保健センター	保健センター 所長	35			030404407	3、上級医
選択	伊藤 恭典	中川保健センター	保健センター 所長	28			030404407	3、上級医
選択	片山 幸	港保健センター	保健センター 所長	24			030404407	3、上級医
選択	五島 明	南保健センター	保健センター 所長	33			030404407	3、上級医

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験 年数	指導医講習会等の 受講経験 有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医(指導医)
選択	水谷 亜以子	守山保健センター	保健センター指導医	14			030404407	3、上級医
選択	大重 頼三郎	緑保健センター	保健センター所長	44			030404407	3、上級医
選択	細野 晃弘	名東保健センター	保健センター所長	20			030404407	3、上級医
選択	長谷部 哲也	天白保健センター	保健センター所長	21			030404407	3、上級医
産婦人科	水野 公雄	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	副院長 兼 総合周産期母子医療センター長 兼 第一産婦人科部長 兼 医療技術部長	39	○	産婦人科指導医・専門医、婦人科腫瘍指導医・専門医、がん治療認定医、周産期新生児医学会暫定代表指導医、指導医講習会受講済	030404407	3、4
産婦人科	安藤 智子	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	第二産婦人科部長 兼 遺伝カウンセリングセンター長	36	○	産婦人科専門医、生殖医療指導医・専門医、内分泌代謝科(産婦人科)専門医、内分泌代謝科指導医、遺伝カウンセリング専門医、女性ヘルスケア暫定指導医、指導医講習会受講済	030404407	4
産婦人科	津田 弘之	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	第三産婦人科部長	22	○	産婦人科指導医・専門医、周産期専門医(母体・胎児)指導医、指導医講習会受講済、プログラム養成講習会受講済	030404407	4
産婦人科	廣村 勝彦	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	第一産婦人科副部長	19	○	産婦人科専門医・指導医、婦人科腫瘍専門医、がん治療認定医、腹腔鏡技術認定医、指導医講習会受講済	030404407	4
産婦人科	坂堂 美央子	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	第二産婦人科副部長	18	○	産婦人科指導医・専門医、がん治療認定医、婦人科腫瘍専門医、腹腔鏡技術認定医、女性ヘルスケア専門医、指導医講習会受講済	030404407	4
産婦人科	齋藤 愛	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	第三産婦人科副部長	18	○	産婦人科指導医・専門医、女性ヘルスケア指導医・専門医、生殖医療専門医、指導医講習会受講済	030404407	4
産婦人科	手塚 敦子	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	産婦人科医長	17	○	産婦人科指導医・専門医、周産期(母体・胎児)専門医、指導医講習会受講済	030404407	4
産婦人科	伊藤 由美子	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	産婦人科医長	17	○	産婦人科専門医、周産期(母体・胎児)専門医、臨床遺伝専門医、母体保護法指定医、ICLSインストラクター、新生児蘇生法「専門」コースインストラクター、J-MELSベーシックコース・インストラクター、ALSOインストラクター、指導医講習会受講済	030404407	4
産婦人科	福原 伸彦	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	医師	11	○	麻薬施用者免許、指導医講習会受講済	030404407	4
産婦人科	尾崎 康彦	西部医療センター産婦人科	副院長 部長	36	○	名古屋市立大学病院第1回臨床研修指導医講習会受講済み、日本産科婦人科学会産婦人科専門医・指導医、母体保護法指定医 名古屋市立大学高度医療教育研修センター教授	030404407	4

別紙4
(No.)

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験 年数	指導医講習会等の 受講経験 有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任 者 2 副プログラ ム責任者 3 研修 実施責任者 4 臨床研修指導医 (指導医)
産婦人科	中元 永理	西部医療センター産 婦人科	副部長	17	○	第16回愛知県厚生農業協同組合連合会臨床研修指導医講習会 受講済み、日本産婦人科学会産婦人科専門医	030404407	4
産婦人科	西川 尚実	西部医療センター産 婦人科	周産期医療センター長 部長	29	○	愛知県医師会・日本医師会平成29年1月28日開催指導医のため のワークショップ受講済み、日本産科婦人科学会産婦人科専門医 母体保護法指定医 日本周産期・新生児学会周産期(母体・胎児)専門医・認定医 日本人類遺伝学会専門医	030404407	4
地域医療	米田 千賀子	愛知県済生会リハビ リテーション病院	部長	30	×		030404407	3、上級医
精神科	水谷 浩明	八事病院	院長	34	○	精神保健指導医	030404407	4
精神科	橋本 伸彦	八事病院	精神科医長	21	○	精神保健指導医	030404407	4
精神科	早川 雅美	八事病院		34	○	精神保健指導医	030404407	4
精神科	内田 あおい	八事病院		27	○	精神保健指導医	030404407	4
精神科	井上 裕一	八事病院		17	○	精神保健指導医	030404407	4
精神科	新井 貴之	八事病院		9	○	精神保健指導医	030404407	4
精神科	吉田 晶子	八事病院		19	○	精神保健指導医	030404407	4
精神科	高木 宏	愛知県精神医療セ ンター	院長	31	○	精神保健指定医	030404407	4
精神科	平澤 克己	愛知県精神医療セ ンター	副院長	30	○	精神保健指定医	030404407	4、2
精神科	羽淵 知可子	愛知県精神医療セ ンター	副院長兼総合医療部 長兼地域医療連携室 長	29	○	精神保健指定医	030404407	1、3、4
精神科	吉岡 眞吾	愛知県精神医療セ ンター	病棟診療部長	34	○	精神保健指定医	030404407	4
精神科	中岡 健太郎	愛知県精神医療セ ンター	社会復帰部長	26	○	精神保健指定医	030404407	4

31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等

病院施設番号:030404

臨床研修病院の名称:名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験 年数	指導医講習会等の 受講経験 有:○ 無:×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医(指導医)
精神科	山崎 恭一	愛知県精神医療センター	外来診療部長	27	○	精神保健指定医	030404407	4
精神科	合澤 祐	愛知県精神医療センター	病棟診療部医長	15	○	精神保健指定医	030404407	4
精神科	鈴木 佳乃子	愛知県精神医療センター	病棟診療部医長	10	×	精神保健指定医	030404407	3、上級医
精神科	原野谷 郁夫	愛知県精神医療センター	社会復帰部医長	14	○	精神保健指定医	030404407	4
精神科	辻 里花	愛知県精神医療センター	外来診療部医長	19	×	精神保健指定医	030404407	3、上級医
麻酔科	野手 英明	愛知医科大学病院	教授(特任)	15	○	臨床研修指導医養成講習会修了(H29年度)	030404407	4

臨床研修協力施設概況表－１－

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	所属 (内線 6244)	
	氏名(姓) 平野 (名) 弘	名鉄病院 研修管理室 役職 係長 e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシチクサホケンセンター 名古屋市千種保健センター		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒464-8618 (愛知県) 名古屋市千種区星が丘山手 103 電話：(052) 753-1951 F A X：(052) 751-3545		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名(法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所(法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話：(052) 972-2624 F A X：(052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ マツモト ミツヒロ 姓 松本	名 光弘	役職名：保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ マツモト ミツヒロ 姓 松本	名 光弘	役職名：保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市千種保健センター

		※	
8. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： 030404406	
9. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
10. 研修医の処遇	処遇の適用	①. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）
	勤務時間	時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	
	休暇	基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）24 時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	当直	有給休暇（1 年次： 日、2 年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）	
	研修医の宿舍（再掲）	回数（約 回／月） 1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）	
	健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： ）	
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	所属 (内線 6244)	
	氏名(姓) 平野 (名) 弘	名鉄病院 研修管理室 役職 係長 e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシヒガシホケンセンター 名古屋市東保健センター		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒461-0003 (愛知県) 名古屋市東区筒井 1-7-74 電話：(052) 934-1205 F A X：(052) 937-5145		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名(法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所(法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 1 号 電話：(052) 972-2624 F A X：(052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ ノロ ユウキ 姓 野呂	名 優樹	役職名：保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ ノロ ユウキ 姓 野呂	名 優樹	役職名：保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市東保健センター

		※	
8. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： 030404406	
9. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
10. 研修医の処遇	処遇の適用	① 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）
	勤務時間	時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無 基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）24 時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇（1 年次： 日、2 年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）	
	当直	回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）	
	健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： ）	
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－1－

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	(内線 6244)	
	氏名(姓) 平野	(名) 弘	(直通電話 (052) 551-6121)
		所属 名鉄病院 研修管理室	e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシキタホケンセンター 名古屋市北保健センター		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒462-8522 (愛知県) 名古屋市中区清水 4-17-1 電話: (052) 917-6541 F A X: (052) 911-2343		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名(法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所(法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話: (052) 972-2624 F A X: (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ カナダ セイイチ 姓 金田	名 誠一	役職名: 保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ カナダ セイイチ 姓 金田	名 誠一	役職名: 保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－2－

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市北保健センター

[illegible]

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－1－

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	所属 (内線 6244) 名鉄病院 研修管理室 役職 係長 (直通電話 (052) 551-6121) e-mail : jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
	氏名 (姓) 平野 (名) 弘		
1. 臨床研修協力施設の名称	フリガナ ナゴヤシニシホケンセンター 名古屋西保健センター		
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒451-0062 (愛知県) 名古屋西花の木 2-18-1 電話 : (052) 523-4601 F A X : (052) 531-2000		
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名 (法人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話 : (052) 972-2624 F A X : (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名	フリガナ タナベ ヒロシ 姓 田邊	名 裕	役職名：保健センター所長
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ タナベ ヒロシ 姓 田邊	名 裕	役職名：保健センター所長
7. 施設のホームページアドレス			

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市西保健センター

		※	
8. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号：030404406	
9. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
10. 研修医の処遇		① 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	処遇の適用		
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（円） 賞与／年（円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（円） 賞与／年（円）
		時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	
	勤務時間	基本的な勤務時間（ : ~ : ）24時間表記 休憩時間（ : ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇（1年次： 日、2年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）	
	当直	回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の数値を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）	
	健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： ）	
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－１－

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	所属 (内線 6244) 名鉄病院 研修管理室 役職 係長 (直通電話 (052) 551-6121) e-mail : jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
	氏名 (姓) 平野 (名) 弘		
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシナカムラホケンセンター 名古屋市中村保健センター		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒453-8501 (愛知県) 名古屋市中村区松原町 1-23-1 電話 : (052) 433-3005 F A X : (052) 483-1131		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名 (法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所 (法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 1 号 電話 : (052) 972-2624 F A X : (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ カミヤ ミホ 姓 神谷	名 美歩	役職名 : 保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ カミヤ ミホ 姓 神谷	名 美歩	役職名 : 保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市中村保健センター

[illegible]

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	所属 (内線 6244)	
	氏名(姓) 平野 (名) 弘	名鉄病院 研修管理室 役職 係長 (直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシナカホケンセンター 名古屋市中保健センター		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒460-8477 (愛知県) 名古屋市中区栄 4-1-8 電話: (052) 265-2250 F A X: (052) 265-2259		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名(法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所(法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話: (052) 972-2624 F A X: (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ ヤマダ ケイイチ 姓 山田	名 敬一	役職名: 保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ ヤマダ ケイイチ 姓 山田	名 敬一	役職名: 保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－2－

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市保健センター

		※		
8. 研修プログラムの名称			研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム	
プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。			プログラム番号： 030404406	
9. 研修医の指導を行う者の氏名等			* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。				
10. 研修医の処遇	処遇の適用		① 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 ①を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 ② 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別		1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当		一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）
			時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	
	勤務時間		基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）24時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇		有給休暇（1年次： 日、2年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）	
	当直		回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）		1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険		公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）	
	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に： ）	
	外部の研修活動		学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	所属	(内線 6244)
	氏名(姓) 平野	(名) 弘	名鉄病院 研修管理室 役職 係長 e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシショウワホケンセンター 名古屋市昭和保健センター		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒466-0027 (愛知県) 名古屋市昭和区阿由知通 3-19 電話: (052) 735-3950 F A X: (052) 731-0957		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名(法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシショウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所(法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話: (052) 972-2624 F A X: (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ クズシマ キヨタカ 姓 葛島	名 清隆	役職名: 保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ クズシマ キヨタカ 姓 葛島	名 清隆	役職名: 保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－2－

***ここからは研修プログラムごとに記入してください。**

臨床研修協力施設の名称：名古屋市昭和保健センター

		※		
8. 研修プログラムの名称			研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム	
プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。			プログラム番号：030404406	
9. 研修医の指導を行う者の氏名等			* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。				
10. 研修医の処遇	処遇の適用		① 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別		1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当		一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）
			時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	
	勤務時間		基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）24 時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇		有給休暇（1 年次： 日、2 年次： 日） 夏季休暇（ 1. 有 0. 無） 年末年始（ 1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）	
	当直		回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）		1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険		公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（ 1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（ 1. 有 0. 無） 雇用保険（ 1. 有 0. 無）	
	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に： ）	
	外部の研修活動		学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	所属 (内線 6244)	
	氏名(姓) 平野	(名) 弘	名鉄病院 研修管理室 役職 係長 e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)
1. 臨床研修協力施設の名称	フリガナ ナゴヤシミズホホケンセンター 名古屋市瑞穂保健センター		
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒467-0027 (愛知県) 名古屋市瑞穂区田辺通 3-45-2 電話: (052) 837-3241 F A X: (052) 837-3291		
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名(法人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所(法人の主たる事務所の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話: (052) 972-2624 F A X: (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名	フリガナ ヤスフク サユリ 姓 安福	名 小由里	役職名: 保健センター所長
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ ヤスフク サユリ 姓 安福	名 小由里	役職名: 保健センター所長
7. 施設のホームページアドレス			

臨床研修協力施設概況表－2－

* ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市瑞穂保健センター

		※	
8. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： 030404406	
9. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
10. 研修医の処遇	処遇の適用	① 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）
	勤務時間	時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	
	休憩時間	基本的な勤務時間（ : ~ : ）24 時間表記 休憩時間（ ）	
	休暇	時間外勤務の有無：1. 有 0. 無 有給休暇（1 年次： 日、2 年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）	
	当直	回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）	
	健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： ）	
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加：1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無：1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	(内線 6244)	
	氏名(姓) 平野	(名) 弘	名鉄病院 研修管理室 役職 係長 e-mail: jimubuuketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシアツタホケンセンター 名古屋市熱田保健センター		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒456-0031 (愛知県) 名古屋市熱田区神宮 3-1-15 電話: (052) 683-9670 F A X: (052) 681-5169		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名(法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所(法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話: (052) 972-2624 F A X: (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ ナツダ ヒロミキ 姓 夏田	名 洋幹	役職名: 保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ ナツダ ヒロミキ 姓 夏田	名 洋幹	役職名: 保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

* ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市熱田保健センター

		※	
8. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： 030404406	
9. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
10. 研修医の処遇	処遇の適用	① 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）
		時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	
	勤務時間	基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）24時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇（1年次： 日、2年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）	
	当直	回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）	
	健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： ）	
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	所属 (内線 6244)	
	氏名(姓) 平野 (名) 弘	名鉄病院 研修管理室 役職 係長 e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシナカガワホケンセンター 名古屋市中川保健センター		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒454-0911 (愛知県) 名古屋市中川区高畑 1-223 電話: (052) 363-4455 F A X: (052) 361-2175		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名(法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所(法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話: (052) 972-2624 F A X: (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ イトウ ヤスノリ 姓 伊藤	名 恭典	役職名: 保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ イトウ ヤスノリ 姓 伊藤	名 恭典	役職名: 保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市中川保健センター

		※	
8. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： 030404406	
9. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
10. 研修医の処遇	処遇の適用	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）
		時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	
	勤務時間	基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）24時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇（1年次： 日、2年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）	
	当直	回数（約 回／月）	
	研修医の宿舎（再掲）	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）	
	健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： ）	
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	(内線 6244)	
	氏名(姓) 平野	(名) 弘	名鉄病院 研修管理室 役職 係長 e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシミナトホケンセンター 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒455-0015 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話: (052) 651-6471 F A X: (052) 651-5144		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名(法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所(法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話: (052) 972-2624 F A X: (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ カタヤマ ミユキ 姓 片山	名 幸	役職名: 保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ カタヤマ ミユキ 姓 片山	名 幸	役職名: 保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－2－

* ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市港保健センター

		※	
8. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： 030404406	
9. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
10. 研修医の処遇	処遇の適用	① 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）
	勤務時間	時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無 基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）24時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇（1年次： 日、2年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）	
	当直	回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）	
	健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： ）	
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	氏名（姓） 平野	（名） 弘
	所属 名鉄病院 研修管理室 役職 係長		（内線 6244） （直通電話（052）551-6121） e-mail：jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp （携帯電話のメールアドレスは不可とします。）
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシミナトホケンセンター 名古屋市南保健センター		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒457-0833 （愛知県） 名古屋市南区東又兵衛町 5-1-1 電話：（052）614-2811 F A X：（052）614-2818		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名（法 人の名称）	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所（法 人の主たる事務所 の所在地）	〒460-8508 （愛知県） 名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 1 号 電話：（052）972-2624 F A X：（052）972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ ゴシマ アキラ 姓 五島	名 明	役職名：保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ ゴシマ アキラ 姓 五島	名 明	役職名：保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－2－

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市南保健センター

[illegible]

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表ー 1 ー

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2024 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ		所属 (内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) 名鉄病院 研修管理室 役職 係長 e-mail : jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)
	氏名 (姓) 平野	(名) 弘	
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシモリヤマホケンセンター 名古屋市守山保健センター		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒463-0011 (愛知県) 名古屋市守山区小幡 1-3-1 電話 : (052) 796-4610 F A X : (052) 796-0040		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名 (法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所 (法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 1 号 電話 : (052) 972-2624 F A X : (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ ミズタニ アイコ 姓 水谷	名 亜以子	役職名 : 保健センター指導医
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ ミズタニ アイコ 姓 水谷	名 亜以子	役職名 : 保健センター指導医
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－2－

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市守山保健センター

[illegible]

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－１－

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	(内線 6244)	
	氏名(姓) 平野	(名) 弘	名鉄病院 研修管理室 役職 係長 e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシミドリホケンセンター 名古屋市緑保健センター		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒458-0033 (愛知県) 名古屋市緑区相原郷 1-715 電話: (052) 891-1411 FAX: (052) 891-5110		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名(法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所(法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話: (052) 972-2624 FAX: (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ オオシゲ ライサブロウ 姓 大重	名 頼三郎	役職名: 保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ オオシゲ ライサブロウ 姓 大重	名 頼三郎	役職名: 保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－2－

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市緑保健センター

		※						
8. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： 030404406						
9. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入						
10. 研修医の処遇	処遇の適用	① 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。						
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤						
	研修手当	<table border="1"> <tr> <td>一年次の支給額（税込み）</td> <td>二年次の支給額（税込み）</td> </tr> <tr> <td>基本手当／月（ 円）</td> <td>基本手当／月（ 円）</td> </tr> <tr> <td>賞与／年（ 円）</td> <td>賞与／年（ 円）</td> </tr> </table>	一年次の支給額（税込み）	二年次の支給額（税込み）	基本手当／月（ 円）	基本手当／月（ 円）	賞与／年（ 円）	賞与／年（ 円）
一年次の支給額（税込み）	二年次の支給額（税込み）							
基本手当／月（ 円）	基本手当／月（ 円）							
賞与／年（ 円）	賞与／年（ 円）							
	勤務時間	時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無 基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）24時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無						
	休暇	有給休暇（1年次： 日、2年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）						
	当直	回数（約 回／月）						
	研修医の宿舍（再掲）	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。						
	研修医室（再掲）	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。						
	社会保険・労働保険	公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）						
	健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： ）						
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無						

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－１－

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	所属 (内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) 名鉄病院 研修管理室 役職 係長 e-mail : jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
	氏名 (姓) 平野 (名) 弘		
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシメイトウホケンセンター 名古屋市長 河村たかし		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒465-8506 (愛知県) 名古屋市長 河村たかし 電話 : (052) 778-3104 F A X : (052) 773-6212		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名 (法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシメイトウホケンセンター 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所 (法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話 : (052) 972-2624 F A X : (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ ホソノ アキヒロ 姓 細野	名 晃弘	役職名：保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ ホソノ アキヒロ 姓 細野	名 晃弘	役職名：保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

* ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市名東保健センター

	※	
8. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号：030404406
9. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
10. 研修医の処遇	処遇の適用	① 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（円） 賞与／年（円） 時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無
	勤務時間	基本的な勤務時間（ : ~ : ）24 時間表記 休憩時間（ : ~ : ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無
	休暇	有給休暇（1 年次： 日、2 年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： : ~ : ）
	当直	回数（約 回／月）
	研修医の宿舍（再掲）	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室（再掲）	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
	社会保険・労働保険	公的医療保険（ : ~ : ） 公的年金保険（ : ~ : ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）
	健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： : ~ : ）
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表— 1 —

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	所属	(内線 6244)
	氏名(姓) 平野	(名) 弘	(直通電話 (052) 551-6121)
		名鉄病院 研修管理室	
		役職	e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp
		係長	(携帯電話のメールアドレスは不可とします。)
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ナゴヤシテンバクホケンセンター 名古屋市天白保健センター		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒468-8510 (愛知県) 名古屋市天白区島田 2-201 電話: (052) 807-3900 F A X: (052) 803-1251		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名(法 人の名称)	フリガナ ナゴヤシチョウ カワムラ タカシ 名古屋市長 河村たかし		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所(法 人の主たる事務所 の所在地)	〒460-8508 (愛知県) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話: (052) 972-2624 F A X: (052) 972-4145		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ ハセベ テツヤ 姓 長谷部	名 哲也	役職名: 保健センター所長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ ハセベ テツヤ 姓 長谷部	名 哲也	役職名: 保健センター所長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－2－

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：名古屋市天白保健センター

		※	
8. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： <u>030404406</u>	
9. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
10. 研修医の処遇	処遇の適用	①. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円） 時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）
	勤務時間	基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）24 時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇（1 年次： 日、2 年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）	
	当直	回数（約 回／月）	
	研修医の宿舎（再掲）	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）	
	健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： ）	
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表— 1 —

医療機関用

記入日：西暦 2023 年 4 月 24 日

病院施設番号 既に番号を取得している施設については病院施設番号を記入してください。		033698		臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 0304044	
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。		ツガナ ヒラノ ヒロシ 氏名(姓) 平野 (名) 弘		所属 名鉄病院 研修管理室 役職 係長		(内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 臨床研修協力施設の名称		ツガナ マスブンイイン マスブン医院					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒490-1111 (愛知県) あま市甚目寺松山 80 電話: (052) 445-3037 F A X: (052) 445-3022					
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名(法人の名称)		ツガナ シモカタ タツユキ 下方 辰幸					
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所(法人の主たる事務所の所在地)		〒490-1111 (愛知県) あま市甚目寺松山 45 電話: (052) 445-3037 F A X: (052) 445-3022					
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名		ツガナ シモカタ タツユキ 姓 下方 名 辰幸				役職名: 院長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		ツガナ シモカタ タツユキ 姓 下方 名 辰幸				役職名: 院長	
7. 施設のホームページアドレス		http://					
8. 診療科名 当該病院の医療法上の標ぼう診療科について該当する番号すべてに○をつけ、該当する診療科がない場合は「99. その他」欄に記入すること。		※ 標ぼう診療科 (番号に○をつけてください。) ①. 内科 2. 呼吸器内科 ③. 循環器内科 4. 消化器内科 5. 気管食道内科 6. 神経内科 7. 心療内科 8. 性感染症内科 9. 外科 10. 呼吸器外科 11. 心臓血管外科 12. 消化器外科 13. 小児外科 14. 気管食道外科 15. 肛門外科 16. 整形外科 17. 脳神経外科 18. 形成外科 19. 美容外科 20. 精神科 21. アレルギー科 22. リウマチ科 ②. 小児科 24. 皮膚科 25. 泌尿器科 26. 産婦人科 27. 産科 28. 婦人科 29. 眼科 30. 耳鼻咽喉科 31. リハビリテーション科 32. 放射線科 33. 病理診断科 34. 臨床検査科 35. 救急科 99. その他(次に記入してください。) 901 科 902 科 903 科 904 科 905 科 906 科 907 科 908 科 909 科 910 科					

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

病院施設番号：033698

臨床研修協力施設の名称：マスブン医院

9. 救急医療の提供 の実績	救急病院認定の告示 医療計画上の位置付け	告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号 番号に○をつけてください。
		1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科	内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無）、 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
10. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。）	1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床	
11. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数	* 別紙1に記入	
12. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入）	1. 一般： 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日、 4. 結核： 日、5. 療養： 日	
13. 前年度の分娩件数 （産婦人科の研修がある場合のみ）	正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件	
14. 臨床病理検討会 （CPC）の実施 状況 （臨床病理検討会を実施 している場合のみ）	開催回数 指導を行う病理医の氏名等	前年度実績： 回、今年度見込： 回 * 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	剖検数 剖検を行う場所	前年度実績： 件、今年度見込： 件 当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無（ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
15. 研修医のための 宿舎及び研修医 室の有無	研修医の宿舎 研修医室	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 0 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入 してください。 1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
16. 図書、雑誌、イ ンターネット等 が利用できる環 境及び医学教育 用機材の整備状 況	図書室の広さ 医学図書数 医学雑誌数 図書室の利用可能時間 文献データベース等の利用環境 医学教育用機材の整備状況	() m ² 国内図書：100 冊、国外図書：10 冊 国内雑誌： 6 種類、国外雑誌： 0 種類 ： ～ ： 24 時間表記 Medline等の文献データベース（1. 有 0. 無）、 教育用コンテンツ（1. 有 0. 無）、 その他（ ） 利用可能時間（ 9：00 ～ 17：00 ）24 時間表記 医学教育用シミュレーター（1. 有 0. 無）、 その他（ ）
17. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 （精神科の研修を行う施設については記入してください）	精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名） その他の精神科技術職員： 名（常勤： 名、非常勤： 名）	

臨床研修協力施設概況表－ 3 －

* ここからは研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：033698

臨床研修協力施設の名称：マスブン医院

		※
18. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号：030404406
19. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
20. インターネットを用いた評価システム		1. 有 (・EPOC ・その他 ()) ☒ 0. 無
21. 研修医の処遇	処遇の適用	☒ 1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤
	研修手当	一年次の支給額 (税込み) 基本手当/月 (円) 賞与/年 (円) 二年次の支給額 (税込み) 基本手当/月 (円) 賞与/年 (円) 時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無
	勤務時間	基本的な勤務時間 (: ~ :) 24 時間表記 休憩時間 () 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無
	休暇	有給休暇 (1 年次： 日、2 年次： 日) 夏季休暇 (1. 有 0. 無) 年末年始 (1. 有 0. 無) その他休暇 (具体的に：)
	当直	回数 (約 回/月)
	研修医の宿舎 (再掲)	1. 有 (単身用： 戸、世帯用： 戸) 0. 無 (住宅手当： 円) 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室 (再掲)	1. 有 (室) 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
	社会保険・労働保険	公的医療保険 () 公的年金保険 () 労働者災害補償保険法の適用 (1. 有 0. 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用 (1. 有 0. 無) 雇用保険 (1. 有 0. 無)
	健康管理	健康診断 (年 回) その他 (具体的に：)
	医師賠償責任保険の扱い	病院において加入 (1. する 0. しない) 個人加入 (1. 強制 0. 任意)
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関以外の施設用

記入日：西暦 2023 年 4 月 21 日

臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群	
作成責任者の氏名及び 連絡先 本調査表の問合せに対して回 答できる作成責任者について 記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ	所属	(内線 6244)
	氏名(姓) 平野 (名) 弘	名鉄病院 研修管理室 役職 係長	(直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)
1. 臨床研修協力施設 の名称	フリガナ ロウジンホケンシセツ マンテンボン 老人保健施設 満天星		
2. 臨床研修協力施設 の所在地	〒452-0011 (愛知県) 清須市西枇杷島町城並 2-14 電話: (052) 505-4411 F A X: (052) 505-3200		
3. 臨床研修協力施設 の開設者の氏名(法 人の名称)	フリガナ イリョウホウジン ケヤキカイ 医療法人 樺会		
4. 臨床研修協力施設 の開設者の住所(法 人の主たる事務所 の所在地)	〒451-0034 (愛知県) 清須市西枇杷島町日の出町 46 電話: (052) 502-4435 F A X: (052) 509-2804		
5. 臨床研修協力施設 の管理者の氏名及 び役職名	フリガナ ホッタ リョウ 姓 堀田	名 良	役職名: 施設長
6. 研修実施責任者の 氏名及び役職名	フリガナ ホッタ リョウ 姓 堀田	名 良	役職名: 施設長
7. 施設のホームペー ジアドレス			

臨床研修協力施設概況表－2－

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称： 老人保健施設 満天星

		※	
8. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： <u>030404406</u>	
9. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
10. 研修医の処遇	処遇の適用	① 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）
		時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	
	勤務時間	基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）24時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇（1年次： 日、2年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）	
	当直	回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）	
	健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： ）	
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－1－

医療機関用

記入日：西暦 2023 年 4 月 27 日

病院施設番号 既に番号を取得している施設については病院施設番号を記入してください。		056614		臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 0304044	
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。		フガナ ヒラノ ヒロシ 氏名(姓) 平野 (名) 弘		所属 名鉄病院 研修管理室 役職 係長		(内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 臨床研修協力施設の名称		フガナ イリヨウホウジン コヤマイン 医療法人 古山医院					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒453-0804 (愛知県) 名古屋市中村区黄金通 1-10 電話: (052) 451-8002 F A X: (052) 451-6967					
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名(法人の名称)		フガナ コヤマ アキオ 古山 明夫					
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所(法人の主たる事務所の所在地)		〒453-0804 (愛知県) 名古屋市中村区黄金通 1-10 電話: (052) 451-8002 F A X: (052) 451-6967					
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名		フガナ コヤマ アキオ 姓 古山		名 明夫		役職名: 院長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		フガナ コヤマ アキオ 姓 古山		名 明夫		役職名: 院長	
7. 施設のホームページアドレス		http://					
		※					
8. 診療科名 当該病院の医療法上の標ぼう診療科について該当する番号すべてに○をつけ、該当する診療科がない場合は「99. その他」欄に記入すること。		標ぼう診療科 (番号に○をつけてください。) ①. 内科 2. 呼吸器内科 ③. 循環器内科 4. 消化器内科 5. 気管食道内科 6. 神経内科 7. 心療内科 8. 性感染症内科 9. 外科 10. 呼吸器外科 11. 心臓血管外科 12. 消化器外科 13. 小児外科 14. 気管食道外科 15. 肛門外科 16. 整形外科 17. 脳神経外科 18. 形成外科 19. 美容外科 20. 精神科 21. アレルギー科 22. リウマチ科 ②. 小児科 24. 皮膚科 25. 泌尿器科 26. 産婦人科 27. 産科 28. 婦人科 29. 眼科 30. 耳鼻咽喉科 31. リハビリテーション科 32. 放射線科 33. 病理診断科 34. 臨床検査科 35. 救急科 99. その他(次に記入してください)					
		901		科		902	
		903		科		904	
		905		科		906	
		907		科		908	
		909		科		910	

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

病院施設番号： 056614

臨床研修協力施設の名称：医療法人 古山医院

9. 救急医療の提供 の実績	救急病院認定の告示 医療計画上の位置付け	告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号 番号に○をつけてください。 1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科	内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無）、 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
10. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。）		1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
11. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数		* 別紙1に記入
12. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入）		1. 一般： 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日、 4. 結核： 日、5. 療養： 日
13. 前年度の分娩件数 （産婦人科の研修がある場合のみ）		正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
14. 臨床病理検討会 （CPC）の実施 状況 （臨床病理検討会を実施 している場合のみ）	開催回数	前年度実績： 回、今年度見込： 回
	指導を行う病理医の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	剖検数	前年度実績： 件、今年度見込： 件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無（ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
15. 研修医のための 宿舎及び研修医 室の有無	研修医の宿舎	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 0 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
16. 図書、雑誌、イ ンターネット等 が利用できる環 境及び医学教育 用機材の整備状 況	図書室の広さ	() m ²
	医学図書数	国内図書：10 冊、国外図書：0 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 5 種類、国外雑誌： 0 種類
	図書室の利用可能時間	: ~ : 24 時間表記
	文献データベース等の利用環境	Medline 等の文献データベース（1. 有 0. 無）、 教育用コンテンツ（1. 有 0. 無）、 その他（ ） 利用可能時間（ : ~ : ）24 時間表記
	医学教育用機材の整備状況	医学教育用シミュレーター（1. 有 0. 無）、 その他（ ）
17. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療委員の配置状況 （精神科の研修を行う施設については記入してください。）		精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名） その他の精神科技術職員： 名（常勤： 名、非常勤： 名）

臨床研修協力施設概況表－ 3 －

***ここからは研修プログラムごとに記入してください。**

病院施設番号： 056614 臨床研修協力施設の名称： 医療法人 古山医院

	※																																				
18. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。	研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： <u>030404406</u>																																				
19. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙４に記入してください。	* 臨床研修病院指定申請書の別紙４に記入																																				
20. インターネットを用いた評価システム	１．有（ ・EPOC ・その他（ ） ） <u>○</u> . 無																																				
21. 研修医の処遇	<table border="1"><tr><td>処遇の適用</td><td colspan="2">①. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 １を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 ２．施設独自の処遇とする。</td></tr><tr><td>常勤・非常勤の別</td><td colspan="2">１．常勤 ２．非常勤</td></tr><tr><td>研修手当</td><td>一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）</td><td>二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）</td></tr><tr><td>勤務時間</td><td colspan="2">時間外手当： １．有 ○. 無 休日手当 ： １．有 ○. 無 基本的な勤務時間（ : ~ : ）24時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無：１．有 ○. 無</td></tr><tr><td>休暇</td><td colspan="2">有給休暇（１年次： 日、２年次： 日） 夏季休暇（１．有 ○. 無） 年末年始（１．有 ○. 無） その他休暇（具体的に： ）</td></tr><tr><td>当直</td><td colspan="2">回数（約 回／月）</td></tr><tr><td>研修医の宿舍（再掲）</td><td colspan="2">１．有（単身用： 戸、世帯用： 戸） ○. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「０」と記入してください。</td></tr><tr><td>研修医室（再掲）</td><td colspan="2">１．有（ 室） ○. 無 有を選択した場合には、研修医室の数値を記入してください。</td></tr><tr><td>社会保険・労働保険</td><td colspan="2">公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（１．有 ○. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（１．有 ○. 無） 雇用保険（１．有 ○. 無）</td></tr><tr><td>健康管理</td><td colspan="2">健康診断（年 回） その他（具体的に： ）</td></tr><tr><td>医師賠償責任保険の扱い</td><td colspan="2">病院において加入（１．する ○. ししない） 個人加入（１．強制 ○. 任意）</td></tr><tr><td>外部の研修活動</td><td colspan="2">学会、研究会等への参加：１．可 ○. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無：１．有 ○. 無</td></tr></table>	処遇の適用	①. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 １を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 ２．施設独自の処遇とする。		常勤・非常勤の別	１．常勤 ２．非常勤		研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	勤務時間	時間外手当： １．有 ○. 無 休日手当 ： １．有 ○. 無 基本的な勤務時間（ : ~ : ）24時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無：１．有 ○. 無		休暇	有給休暇（１年次： 日、２年次： 日） 夏季休暇（１．有 ○. 無） 年末年始（１．有 ○. 無） その他休暇（具体的に： ）		当直	回数（約 回／月）		研修医の宿舍（再掲）	１．有（単身用： 戸、世帯用： 戸） ○. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「０」と記入してください。		研修医室（再掲）	１．有（ 室） ○. 無 有を選択した場合には、研修医室の数値を記入してください。		社会保険・労働保険	公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（１．有 ○. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（１．有 ○. 無） 雇用保険（１．有 ○. 無）		健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： ）		医師賠償責任保険の扱い	病院において加入（１．する ○. ししない） 個人加入（１．強制 ○. 任意）		外部の研修活動	学会、研究会等への参加：１．可 ○. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無：１．有 ○. 無	
処遇の適用	①. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 １を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 ２．施設独自の処遇とする。																																				
常勤・非常勤の別	１．常勤 ２．非常勤																																				
研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）																																			
勤務時間	時間外手当： １．有 ○. 無 休日手当 ： １．有 ○. 無 基本的な勤務時間（ : ~ : ）24時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無：１．有 ○. 無																																				
休暇	有給休暇（１年次： 日、２年次： 日） 夏季休暇（１．有 ○. 無） 年末年始（１．有 ○. 無） その他休暇（具体的に： ）																																				
当直	回数（約 回／月）																																				
研修医の宿舍（再掲）	１．有（単身用： 戸、世帯用： 戸） ○. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「０」と記入してください。																																				
研修医室（再掲）	１．有（ 室） ○. 無 有を選択した場合には、研修医室の数値を記入してください。																																				
社会保険・労働保険	公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（１．有 ○. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（１．有 ○. 無） 雇用保険（１．有 ○. 無）																																				
健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に： ）																																				
医師賠償責任保険の扱い	病院において加入（１．する ○. ししない） 個人加入（１．強制 ○. 任意）																																				
外部の研修活動	学会、研究会等への参加：１．可 ○. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無：１．有 ○. 無																																				

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表— 1 —

医療機関用

記入日：西暦 2023 年 4 月 21 日

病院施設番号 既に番号を取得している施設については病院施設番号を記入してください。		096280		臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 0304044	
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。		ツガナ ヒラノ ヒロシ 氏名（姓） 平野 （名） 弘		所属 名鉄病院 研修管理室 役職 係長		(内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 臨床研修協力施設の名称		ツガナ オゼキ イイン 尾関医院					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒452-0026 (愛知県) 清須市西枇杷島町橋詰 72-1 電話：(052) 501-5121 FAX：(052) 501-2628					
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名（法人の名称）		ツガナ オゼキ ノリシゲ 尾関 規重					
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所（法人の主たる事務所の所在地）		〒452-0026 (愛知県) 清須市西枇杷島町橋詰 72-1 電話：(052) 501-5121 FAX：(052) 501-2628					
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名		ツガナ オゼキ ノリシゲ 姓 尾関		名 規重		役職名：院長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		ツガナ オゼキ ノリシゲ 姓 尾関		名 規重		役職名：院長	
7. 施設のホームページアドレス		http://					
8. 診療科名 当該病院の医療上の標ぼう診療科について該当する番号すべてに○をつけ、該当する診療科がない場合は「99. その他」欄に記入すること。		※ 標ぼう診療科（番号に○をつけてください。） ①. 内科 2. 呼吸器内科 3. 循環器内科 ④. 消化器内科 5. 気管食道内科 6. 神経内科 7. 心療内科 8. 性感染症内科 9. 外科 10. 呼吸器外科 11. 心臓血管外科 12. 消化器外科 13. 小児外科 14. 気管食道外科 15. 肛門外科 16. 整形外科 17. 脳神経外科 18. 形成外科 19. 美容外科 20. 精神科 21. アレルギー科 22. リウマチ科 ⑬. 小児科 24. 皮膚科 25. 泌尿器科 26. 産婦人科 27. 産科 28. 婦人科 29. 眼科 30. 耳鼻咽喉科 31. リハビリテーション科 32. 放射線科 33. 病理診断科 34. 臨床検査科 35. 救急科 99. その他（次に記入してください。） 901 科 902 科 903 科 904 科 905 科 906 科 907 科 908 科 909 科 910 科					

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

病院施設番号：096280

臨床研修協力施設の名称：尾関医院

9. 救急医療の提供 の実績	救急病院認定の告示 医療計画上の位置付け	告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号 番号に○をつけてください。 1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科	内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無）、 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
10. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。）		1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
11. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数		* 別紙1に記入
12. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入）		1. 一般： 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日、 4. 結核： 日、5. 療養： 日
13. 前年度の分娩件数 （産婦人科の研修がある場合のみ）		正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
14. 臨床病理検討会 （CPC）の実施 状況 （臨床病理検討会を実施 している場合のみ）	開催回数	前年度実績： 回、今年度見込： 回
	指導を行う病理医の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	剖検数	前年度実績： 件、今年度見込： 件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無（ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
15. 研修医のための 宿舎及び研修医 室の有無	研修医の宿舎	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 0 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
16. 図書、雑誌、イ ンターネット等 が利用できる環 境及び医学教育 用機材の整備状 況	図書室の広さ	() m ²
	医学図書数	国内図書：10 冊、国外図書：0 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 5 種類、国外雑誌： 0 種類
	図書室の利用可能時間	: ~ : 24 時間表記
	文献データベース等の利用環境	Medline 等の文献データベース (1. 有 0. 無)、 教育用コンテンツ (1. 有 0. 無)、 その他 () 利用可能時間 (9:00 ~ 17:00) 24 時間表記
	医学教育用機材の整備状況	医学教育用シミュレーター (1. 有 0. 無)、 その他 ()
17. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療委員の配置状況 （精神科の研修を行う施設については記入してください。）		精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名） その他の精神科技術職員： 名（常勤： 名、非常勤： 名）

臨床研修協力施設概況表－ 3 －

* ここからは研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 096280

臨床研修協力施設の名称： 尾関医院

		※						
18. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： 030404406						
19. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入						
20. インターネットを用いた評価システム		1. 有 (・EPOC ・その他 ()) 0. 無						
21. 研修医の処遇	処遇の適用	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。						
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤						
	研修手当	<table border="1"> <tr> <td>一年次の支給額 (税込み)</td> <td>二年次の支給額 (税込み)</td> </tr> <tr> <td>基本手当／月 (円)</td> <td>基本手当／月 (円)</td> </tr> <tr> <td>賞与／年 (円)</td> <td>賞与／年 (円)</td> </tr> </table>	一年次の支給額 (税込み)	二年次の支給額 (税込み)	基本手当／月 (円)	基本手当／月 (円)	賞与／年 (円)	賞与／年 (円)
一年次の支給額 (税込み)	二年次の支給額 (税込み)							
基本手当／月 (円)	基本手当／月 (円)							
賞与／年 (円)	賞与／年 (円)							
	勤務時間	時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無 基本的な勤務時間 (: ~ :) 24 時間表記 休憩時間 () 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無						
	休暇	有給休暇 (1 年次： 日、2 年次： 日) 夏季休暇 (1. 有 0. 無) 年末年始 (1. 有 0. 無) その他休暇 (具体的に：)						
	当直	回数 (約 回／月)						
	研修医の宿舍 (再掲)	1. 有 (単身用： 戸、世帯用： 戸) 0. 無 (住宅手当： 円) 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。						
	研修医室 (再掲)	1. 有 (室) 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。						
	社会保険・労働保険	公的医療保険 () 公的年金保険 () 労働者災害補償保険法の適用 (1. 有 0. 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用 (1. 有 0. 無) 雇用保険 (1. 有 0. 無)						
	健康管理	健康診断 (年 回) その他 (具体的に：)						
	医師賠償責任保険の扱い	病院において加入 (1. する 0. しない) 個人加入 (1. 強制 0. 任意)						
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無						

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表— 1 —

医療機関用

記入日：西暦 2023 年 4 月 21 日

病院施設番号 既に番号を取得している施設については病院施設番号を記入してください。		106023		臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 0304044																					
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。		ツガナ ヒラノ ヒロシ 氏名（姓） 平野 （名） 弘		所属 名鉄病院 研修管理室 役職 係長		(内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)																					
1. 臨床研修協力施設の名称		ツガナ イリョウホウジン サクライイイン 医療法人 桜井医院																									
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒452-0805 (愛知県) 名古屋市西区市場木町 286 電話：(052) 501-0165 F A X：(052) 501-8840																									
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名（法人の名称）		ツガナ イリョウホウジン サクライイイン 医療法人 桜井医院																									
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所（法人の主たる事務所の所在地）		〒452-0805 (愛知県) 名古屋市西区市場木町 286 電話：(052) 501-0165 F A X：(052) 501-8840																									
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名		ツガナ サクライ サトシ 姓 桜井 名 敏				役職名：院長																					
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		ツガナ サクライ サトシ 姓 桜井 名 敏				役職名：院長																					
7. 施設のホームページアドレス		http://																									
8. 診療科名 当該病院の医療法上の標榜診療科について該当する番号すべてに○をつけ、該当する診療科がない場合は「99. その他」欄に記入すること。		※ 標榜診療科（番号に○をつけてください。） ①.内科 2.呼吸器内科 3.循環器内科 ④.消化器内科 5.気管食道内科 6.神経内科 7.心療内科 8.性感染症内科 ⑨.外科 10.呼吸器外科 11.心臓血管外科 12.消化器外科 13.小児外科 14.気管食道外科 15.肛門外科 ⑩.整形外科 17.脳神経外科 18.形成外科 19.美容外科 20.精神科 21.アレルギー科 22.リウマチ科 ⑬.小児科 24.皮膚科 25.泌尿器科 26.産婦人科 27.産科 28.婦人科 29.眼科 30.耳鼻咽喉科 31.リハビリテーション科 32.放射線科 33.病理診断科 34.臨床検査科 35.救急科 99.その他（次に記入してください。） <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>901</td><td>科</td><td>902</td><td>科</td></tr> <tr><td>903</td><td>科</td><td>904</td><td>科</td></tr> <tr><td>905</td><td>科</td><td>906</td><td>科</td></tr> <tr><td>907</td><td>科</td><td>908</td><td>科</td></tr> <tr><td>909</td><td>科</td><td>910</td><td>科</td></tr> </table>						901	科	902	科	903	科	904	科	905	科	906	科	907	科	908	科	909	科	910	科
901	科	902	科																								
903	科	904	科																								
905	科	906	科																								
907	科	908	科																								
909	科	910	科																								

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

病院施設番号：106023

臨床研修協力施設の名称：医療法人 桜井医院

9. 救急医療の提供 の実績	救急病院認定の告示 医療計画上の位置付け	告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号 番号に○をつけてください。 1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科	内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無）、 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
10. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。）		1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
11. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数		* 別紙1に記入
12. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入）		1. 一般： 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日、 4. 結核： 日、5. 療養： 日
13. 前年度の分娩件数 （産婦人科の研修がある場合のみ）		正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
14. 臨床病理検討会 （CPC）の実施 状況 （臨床病理検討会を実施 している場合のみ）	開催回数	前年度実績： 回、今年度見込： 回
	指導を行う病理医の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	剖検数	前年度実績： 件、今年度見込： 件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無（ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
15. 研修医のための 宿舍及び研修医 室の有無	研修医の宿舍	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 0 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
16. 図書、雑誌、イ ンターネット等 が利用できる環 境及び医学教育 用機材の整備状 況	図書室の広さ	() m ²
	医学図書数	国内図書：10 冊、国外図書：0 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 5 種類、国外雑誌： 0 種類
	図書室の利用可能時間	: ~ : 24 時間表記
	文献データベース等の利用環境	Medline 等の文献データベース（1. 有 0. 無）、 教育用コンテンツ（1. 有 0. 無）、 その他（ ） 利用可能時間（ 9:00 ~ 17:00 ） 24 時間表記
	医学教育用機材の整備状況	医学教育用シミュレーター（1. 有 0. 無）、 その他（ ）
17. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 （精神科の研修を行う施設については記入してください）		精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名） その他の精神科技術職員： 名（常勤： 名、非常勤： 名）

臨床研修協力施設概況表－ 3 －

* ここからは研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：106023 臨床研修協力施設の名称：医療法人 桜井医院

		※		
18. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。			研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： 030404406	
19. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。			* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
20. インターネットを用いた評価システム			1. 有 (・EPOC ・その他 ()) 0. 無	
21. 研修医の処遇	処遇の適用		1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別		1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当		一年次の支給額 (税込み) 基本手当/月 (円) 賞与/年 (円)	二年次の支給額 (税込み) 基本手当/月 (円) 賞与/年 (円)
	勤務時間		時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無 基本的な勤務時間 (: ~ :) 24 時間表記 休憩時間 () 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇		有給休暇 (1 年次： 日、2 年次： 日) 夏季休暇 (1. 有 0. 無) 年末年始 (1. 有 0. 無) その他休暇 (具体的に：)	
	当直		回数 (約 回/月)	
	研修医の宿舎 (再掲)		1. 有 (単身用： 戸、世帯用： 戸) 0. 無 (住宅手当： 円) 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室 (再掲)		1. 有 (室) 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険		公的医療保険 () 公的年金保険 () 労働者災害補償保険法の適用 (1. 有 0. 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用 (1. 有 0. 無) 雇用保険 (1. 有 0. 無)	
	健康管理		健康診断 (年 回) その他 (具体的に：)	
	医師賠償責任保険の扱い		病院において加入 (1. する 0. しない) 個人加入 (1. 強制 0. 任意)	
	外部の研修活動		学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関用

記入日：西暦 2023 年 4 月 27 日

病院施設番号 既に番号を取得している施設については病院施設番号を記入してください。		106024		臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 0304044																					
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。		ツガナ ヒラノ ヒロシ 氏名（姓）（名） 平野 弘		所属 名鉄病院 研修管理室 役職 係長		(内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)																					
1. 臨床研修協力施設の名称		ツガナ リウゲナイカ オタイクリニック リウゲ内科 小田井クリニック																									
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒452-0805 (愛知県) 名古屋市西区市場木町 151 電話: (052) 503-3636 F A X: (052) 503-3636																									
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名（法人の名称）		ツガナ リウゲ ジロウ 龍華 二郎																									
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所（法人の主たる事務所の所在地）		〒452-0805 (愛知県) 名古屋市西区市場木町 151 電話: (052) 503-3636 5 F A X: (052) 503-3636																									
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名		ツガナ リウゲ ジロウ 姓 龍華		名 二郎		役職名: 院長																					
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		ツガナ リウゲ ジロウ 姓 龍華		名 二郎		役職名: 院長																					
7. 施設のホームページアドレス		http://																									
		※																									
8. 診療科名 当該病院の医療法上の標ぼう診療科について該当する番号すべてに○をつけ、該当する診療科がない場合は「99. その他」欄に記入すること。		標ぼう診療科 (番号に○をつけてください。) ①. 内科 2. 呼吸器内科 3. 循環器内科 4. 消化器内科 5. 気管食道内科 6. 神経内科 7. 心療内科 8. 性感染症内科 9. 外科 10. 呼吸器外科 11. 心臓血管外科 12. 消化器外科 13. 小児外科 14. 気管食道外科 15. 肛門外科 16. 整形外科 17. 脳神経外科 18. 形成外科 19. 美容外科 20. 精神科 21. アレルギー科 22. リウマチ科 ②3. 小児科 24. 皮膚科 25. 泌尿器科 26. 産婦人科 27. 産科 28. 婦人科 29. 眼科 30. 耳鼻咽喉科 31. リハビリテーション科 32. 放射線科 33. 病理診断科 34. 臨床検査科 35. 救急科 99. その他 (次に記入してください。) <table border="1"> <tr> <td>901</td> <td>科</td> <td>902</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>903</td> <td>科</td> <td>904</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>905</td> <td>科</td> <td>906</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>907</td> <td>科</td> <td>908</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>909</td> <td>科</td> <td>910</td> <td>科</td> </tr> </table>						901	科	902	科	903	科	904	科	905	科	906	科	907	科	908	科	909	科	910	科
901	科	902	科																								
903	科	904	科																								
905	科	906	科																								
907	科	908	科																								
909	科	910	科																								

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

病院施設番号：106024

臨床研修協力施設の名称：リウゲ内科 小田井クリニック

9. 救急医療の提供 の実績	救急病院認定の告示 医療計画上の位置付け	告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号 番号に○をつけてください。 1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科	内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無）、 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
10. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。）		1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
11. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数		* 別紙1に記入
12. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入）		1. 一般： 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日、 4. 結核： 日、5. 療養： 日
13. 前年度の分娩件数 （産婦人科の研修がある場合のみ）		正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
14. 臨床病理検討会 （CPC）の実施 状況 （臨床病理検討会を実施 している場合のみ）	開催回数 指導を行う病理医の氏名等	前年度実績： 回、今年度見込： 回 * 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	剖検数	前年度実績： 件、今年度見込： 件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無（ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
15. 研修医のための 宿舎及び研修医 室の有無	研修医の宿舎	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 0 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
16. 図書、雑誌、イ ンターネット等 が利用できる環 境及び医学教育 用機材の整備状 況	図書室の広さ	() m ²
	医学図書数	国内図書：150 冊、国外図書：5 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 8 種類、国外雑誌： 0 種類
	図書室の利用可能時間	: ~ : 24 時間表記
	文献データベース等の利用環境	Medline 等の文献データベース (1. 有 0. 無)、 教育用コンテンツ (1. 有 0. 無)、 その他 () 利用可能時間 (9:00 ~ 17:00) 24 時間表記
	医学教育用機材の整備状況	医学教育用シミュレーター (1. 有 0. 無)、 その他 ()
17. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 （精神科の研修を行う施設については記入してください。）		精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名） その他の精神科技術職員： 名（常勤： 名、非常勤： 名）

臨床研修協力施設概況表－3－

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：106024

臨床研修協力施設の名称：リウゲ内科 小田井クリニック

[illegible]

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表ー 1 ー

医療機関用

記入日：西暦 2023 年 4 月 21 日

病院施設番号 既に番号を取得している施設については病院施設番号を記入してください。		126878		臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 0304044	
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。		ツガナ ヒラノ ヒロシ 氏名(姓) 平野 (名) 弘		所属 名鉄病院 研修管理室 役職 係長		(内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 臨床研修協力施設の名称		ツガナ サカクライイン 坂倉医院					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒451-0042 (愛知県) 名古屋市西区那古野 1-10-8 電話: (052) 551-0514 FAX: (052) 551-3528					
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名(法人の名称)		ツガナ サカクラ カズヨシ 坂倉 一義					
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所(法人の主たる事務所の所在地)		〒451-0042 (愛知県) 名古屋市西区那古野 1-10-8 電話: (052) 551-0514 FAX: (052) 551-3528					
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名		ツガナ サカクラ カズヨシ 姓 坂倉 名 一義				役職名: 院長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		ツガナ サカクラ カズヨシ 姓 坂倉 一義 名 一義				役職名: 院長	
7. 施設のホームページアドレス		http://www.sakakuraiin.com/					
8. 診療科名 当該病院の医療法上の標ぼう診療科について該当する番号すべてに○をつけ、該当する診療科がない場合は「99.その他」欄に記入すること。		※ 標ぼう診療科(番号に○をつけてください) ①.内科 2.呼吸器内科 ③.循環器内科 4.消化器内科 5.気管食道内科 6.神経内科 7.心療内科 8.性感染症内科 9.外科 10.呼吸器外科 11.心臓血管外科 12.消化器外科 13.小児外科 14.気管食道外科 15.肛門外科 16.整形外科 17.脳神経外科 18.形成外科 19.美容外科 20.精神科 21.アレルギー科 22.リウマチ科 ②.小児科 24.皮膚科 25.泌尿器科 26.産婦人科 27.産科 28.婦人科 29.眼科 30.耳鼻咽喉科 31.リハビリテーション科 32.放射線科 33.病理診断科 34.臨床検査科 35.救急科 99.その他(次に記入してください) 901 科 902 科 903 科 904 科 905 科 906 科 907 科 908 科 909 科 910 科					

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

病院施設番号：126878

臨床研修協力施設の名称：坂倉医院

9. 救急医療の提供 の実績	救急病院認定の告示 医療計画上の位置付け	告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号 番号に○をつけてください。 1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科	内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無）、 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
10. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。）		1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
11. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数		* 別紙1に記入
12. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入）		1. 一般： 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日、 4. 結核： 日、5. 療養： 日
13. 前年度の分娩件数 （産婦人科の研修がある場合のみ）		正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
14. 臨床病理検討会 （CPC）の実施 状況 （臨床病理検討会を実施 している場合のみ）	開催回数	前年度実績： 回、今年度見込： 回
	指導を行う病理医の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	剖検数	前年度実績： 件、今年度見込： 件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無（ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
15. 研修医のための 宿舎及び研修医 室の有無	研修医の宿舎	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 0 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
16. 図書、雑誌、イ ンターネット等 が利用できる環 境及び医学教育 用機材の整備状 況	図書室の広さ	() m ²
	医学図書数	国内図書 50 冊、国外図書： 1 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 1 種類、国外雑誌： 0 種類
	図書室の利用可能時間	: ~ : 24 時間表記
	文献データベース等の利用環境	Medline等の文献データベース（1. 有 0. 無）、 教育用コンテンツ（1. 有 0. 無）、 その他（ ） 利用可能時間（ 9:00 ~ 17:00 ） 24 時間表記
	医学教育用機材の整備状況	医学教育用シミュレーター（1. 有 0. 無）、 その他（ ）
17. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 （精神科の研修を行う施設については記入してください）		精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名） その他の精神科技術職員： 名（常勤： 名、非常勤： 名）

臨床研修協力施設概況表－ 3 －

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：126878

臨床研修協力施設の名称：坂倉医院

[illegible]

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関用

記入日：西暦 2023 年 4 月 21 日

病院施設番号 既に番号を取得している施設については病院施設番号を記入してください。		126888		臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 0304044																					
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。		フガナ ヒラノ ヒロシ 氏名（姓） 平野 氏名（名） 弘		所属 名鉄病院 研修管理室 役職 係長		(内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)																					
1. 臨床研修協力施設の名称		フガナ トクダクリニック 徳田クリニック																									
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒453-0011 (愛知県) 名古屋市中村区千原町 4-65 8 電話：(052) 452-0031 F A X：(052) 551- 3131																									
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名（法人の名称）		フガナ トクダ マモル 徳田 衛																									
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所（法人の主たる事務所の所在地）		〒467-0022 (愛知県) 名古屋市瑞穂区上山町 4-10 日車マンション南山 701 電話：(052) 839-0228 F A X：(052) 839-0228																									
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名		フガナ トクダ マモル 姓 徳田 名 衛				役職名：院長																					
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		フガナ トクダ マモル 姓 徳田 名 衛				役職名：院長																					
7. 施設のホームページアドレス		http://www.sakakuraiin.com/																									
8. 診療科名 当該病院の医療法上の標ぼう診療科について該当する番号すべてに○をつけ、該当する診療科がない場合は「99. その他」欄に記入すること。		※ 標ぼう診療科（番号に○をつけてください。） ① 内科 2. 呼吸器内科 ③ 循環器内科 4. 消化器内科 5. 気管食道内科 6. 神経内科 7. 心療内科 8. 性感染症内科 9. 外科 10. 呼吸器外科 11. 心臓血管外科 12. 消化器外科 13. 小児外科 14. 気管食道外科 15. 肛門外科 16. 整形外科 17. 脳神経外科 18. 形成外科 19. 美容外科 20. 精神科 21. アレルギー科 22. リウマチ科 23. 小児科 24. 皮膚科 25. 泌尿器科 26. 産婦人科 27. 産科 28. 婦人科 29. 眼科 30. 耳鼻咽喉科 31. リハビリテーション科 32. 放射線科 33. 病理診断科 34. 臨床検査科 35. 救急科 99. その他（次に記入してください。） <table border="1"> <tr> <td>901</td> <td>歯科</td> <td>902</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>903</td> <td>科</td> <td>904</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>905</td> <td>科</td> <td>906</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>907</td> <td>科</td> <td>908</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>909</td> <td>科</td> <td>910</td> <td>科</td> </tr> </table>						901	歯科	902	科	903	科	904	科	905	科	906	科	907	科	908	科	909	科	910	科
901	歯科	902	科																								
903	科	904	科																								
905	科	906	科																								
907	科	908	科																								
909	科	910	科																								

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

病院施設番号：126888

臨床研修協力施設の名称：徳田クリニック

9. 救急医療の提供の実績	救急病院認定の告示 医療計画上の位置付け	告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号 番号に○をつけてください。 1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科	内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無）、 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
10. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。）		1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
11. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数		* 別紙1に記入
12. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入）		1. 一般： 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日、 4. 結核： 日、5. 療養： 日
13. 前年度の分娩件数 （産婦人科の研修がある場合のみ）		正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
14. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 （臨床病理検討会を実施している場合のみ）	開催回数 指導を行う病理医の氏名等	前年度実績： 回、今年度見込： 回 * 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	剖検数 剖検を行う場所	前年度実績： 件、今年度見込： 件 当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無（ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
15. 研修医のための宿舎及び研修医室の有無	研修医の宿舎 研修医室	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 0 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。 1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
16. 図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境及び医学教育用機材の整備状況	図書室の広さ 医学図書数 医学雑誌数 図書室の利用可能時間 文献データベース等の利用環境 医学教育用機材の整備状況	（ ） m ² 国内図書 20 冊、国外図書： 1 冊 国内雑誌： 2 種類、国外雑誌： 0 種類 ： ～ ： 24 時間表記 Medline 等の文献データベース（1. 有 0. 無）、 教育用コンテンツ（1. 有 0. 無）、 その他（ ） 利用可能時間（ ～ ） 24 時間表記 医学教育用シミュレーター（1. 有 0. 無）、 その他（ ）
17. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 （精神科の研修を行う施設については記入してください。）		精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名） その他の精神科技術職員： 名（常勤： 名、非常勤： 名）

臨床研修協力施設概況表－ 3 －

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：126888

臨床研修協力施設の名称：徳田クリニック

[illegible]

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関用

記入日：西暦 2023 年 4 月 27 日

病院施設番号 既に番号を取得している施設については病院施設番号を記入してください。		126889		臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 0304044																					
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。		フリガナ ヒラノ ヒロシ 氏名（姓） 平野 （名） 弘		所属 名鉄病院 研修管理室 役職 係長		(内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)																					
1. 臨床研修協力施設の名称		フリガナ イリョウホウジン ヨウメイカイ マゴコロザイタクイリョウクリニック 医療法人 陽明会 まごころ在宅医療クリニック																									
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒453-0814 (愛知県) 名古屋市中村区能野町 3-7 電話: (052) 486-2101 FAX: (052) 486-2102																									
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名（法人の名称）		フリガナ イワオ ヤスコ 岩尾 康子																									
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所（法人の主たる事務所の所在地）		〒453-0814 (愛知県) 名古屋市中村区能野町 3-7 電話: (052) 486-2101 FAX: (052) 486-2102																									
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名		フリガナ イワオ ヤスコ 姓 岩尾 名 康子				役職名: 院長																					
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		フリガナ イワオ ヤスコ 姓 岩尾 名 康子				役職名: 院長																					
7. 施設のホームページアドレス		http://www.magokoro-clinic.com/																									
		※																									
8. 診療科名 当該病院の医療法上の標ぼう診療科について該当する番号すべてに○をつけ、該当する診療科がない場合は「99. その他」欄に記入すること。		標ぼう診療科 (番号に○をつけてください。) ①. 内科 2. 呼吸器内科 3. 循環器内科 4. 消化器内科 5. 気管食道内科 6. 神経内科 7. 心療内科 8. 性感染症内科 9. 外科 10. 呼吸器外科 11. 心臓血管外科 12. 消化器外科 13. 小児外科 14. 気管食道外科 15. 肛門外科 16. 整形外科 17. 脳神経外科 18. 形成外科 19. 美容外科 20. 精神科 21. アレルギー科 22. リウマチ科 23. 小児科 24. 皮膚科 25. 泌尿器科 26. 産婦人科 27. 産科 28. 婦人科 29. 眼科 30. 耳鼻咽喉科 31. リハビリテーション科 32. 放射線科 33. 病理診断科 34. 臨床検査科 35. 救急科 99. その他 (次に記入してください。) <table border="1"> <tr> <td>901</td> <td>歯科</td> <td>902</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>903</td> <td>科</td> <td>904</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>905</td> <td>科</td> <td>906</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>907</td> <td>科</td> <td>908</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>909</td> <td>科</td> <td>910</td> <td>科</td> </tr> </table>						901	歯科	902	科	903	科	904	科	905	科	906	科	907	科	908	科	909	科	910	科
901	歯科	902	科																								
903	科	904	科																								
905	科	906	科																								
907	科	908	科																								
909	科	910	科																								

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：126889

臨床研修協力施設の名称：医療法人 陽明会 まごころ在宅医療クリニック

9. 救急医療の提供の実績	救急病院認定の告示 医療計画上の位置付け	告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号 番号に○をつけてください。 1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科	内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無）、 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
10. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。）		1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
11. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数		* 別紙1に記入
12. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入）		1. 一般： 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日、 4. 結核： 日、5. 療養： 日
13. 前年度の分娩件数 （産婦人科の研修がある場合のみ）		正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
14. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 （臨床病理検討会を実施している場合のみ）	開催回数	前年度実績： 回、今年度見込： 回
	指導を行う病理医の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	剖検数	前年度実績： 件、今年度見込： 件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無（ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
15. 研修医のための宿舎及び研修医室の有無	研修医の宿舎	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 0 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の差数を記入してください。
16. 図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境及び医学教育用機材の整備状況	図書室の広さ	（ ） m ²
	医学図書数	国内図書 30 冊、国外図書： 5 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 10 種類、国外雑誌： 0 種類
	図書室の利用可能時間	： ～ ： 24 時間表記
	文献データベース等の利用環境	Medline 等の文献データベース（1. 有 0. 無）、 教育用コンテンツ（1. 有 0. 無）、 その他（ ） 利用可能時間（ ～ ） 24 時間表記
	医学教育用機材の整備状況	医学教育用シミュレーター（1. 有 0. 無）、 その他（ ）
17. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 （精神科の研修を行う施設については記入してください。）		精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名） その他の精神科技術職員： 名（常勤： 名、非常勤： 名）

臨床研修協力施設概況表－3－

*ここからは研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：126889 臨床研修協力施設の名称：医療法人 陽明会 まごころ在宅医療クリニック

		※		
18. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。			研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： 030404406	
19. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。			* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
20. インターネットを用いた評価システム			1. 有 (・ EPOC ・ その他 ()) ☒ 0. 無	
21. 研修医の処遇	処遇の適用		☒ 1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別		1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当		一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）
	勤務時間		時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	
	休憩時間		基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）24時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇		有給休暇（1年次： 日、2年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）	
	当直		回数（約 回／月）	
	研修医の宿舎（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）		1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険		公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）	
	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に： ）	
	医師賠償責任保険の扱い		病院において加入（1. する 0. しない） 個人加入（1. 強制 0. 任意）	
	外部の研修活動		学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表ー 1 ー

医療機関用

記入日：西暦 2023 年 4 月 21 日

病院施設番号 既に番号を取得している施設については病院施設番号を記入してください。		147735		臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 0304044																					
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。		フリガナ ヒラノ ヒロシ 氏名（姓） 平野 氏名（名） 弘		所属 名鉄病院 研修管理室 役職 係長		(内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)																					
1. 臨床研修協力施設の名称		フリガナ アオイザイタクシンリョウジョ あおい在宅診療所																									
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒451-0034 (愛知県) 名古屋市西区樋の口町 1-15 ホーワビル 4F 電話: (052) 784-7263 FAX: (052) 784-7267																									
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名（法人の名称）		フリガナ キマタ タクヤ 木股 貴哉																									
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所（法人の主たる事務所の所在地）		〒451-0034 (愛知県) 名古屋市西区樋の口町 1-15 ホーワビル 4F 電話: (052) 784-7263 FAX: (052) 784-7267																									
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名		フリガナ キマタ タクヤ 姓 木股 名 貴哉				役職名: 院長																					
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		フリガナ キマタ タクヤ 姓 木股 名 貴哉				役職名: 院長																					
7. 施設のホームページアドレス		http://www.aoi-zaitaku.jp/																									
8. 診療科名 当該病院の医療法上の標ぼう診療科について該当する番号すべてに○をつけ、該当する診療科がない場合は「99. その他」欄に記入すること。		※ 標ぼう診療科（番号に○をつけてください。） ① 内科 2. 呼吸器内科 3. 循環器内科 4. 消化器内科 5. 気管食道内科 6. 神経内科 7. 心療内科 8. 性感染症内科 9. 外科 10. 呼吸器外科 11. 心臓血管外科 12. 消化器外科 13. 小児外科 14. 気管食道外科 15. 肛門外科 16. 整形外科 17. 脳神経外科 18. 形成外科 19. 美容外科 20. 精神科 21. アレルギー科 22. リウマチ科 23. 小児科 24. 皮膚科 25. 泌尿器科 26. 産婦人科 27. 産科 28. 婦人科 29. 眼科 30. 耳鼻咽喉科 31. リハビリテーション科 32. 放射線科 33. 病理診断科 34. 臨床検査科 35. 救急科 99. その他（次に記入してください。） <table border="1"> <tr> <td>901</td> <td>歯科</td> <td>902</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>903</td> <td>科</td> <td>904</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>905</td> <td>科</td> <td>906</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>907</td> <td>科</td> <td>908</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>909</td> <td>科</td> <td>910</td> <td>科</td> </tr> </table>						901	歯科	902	科	903	科	904	科	905	科	906	科	907	科	908	科	909	科	910	科
901	歯科	902	科																								
903	科	904	科																								
905	科	906	科																								
907	科	908	科																								
909	科	910	科																								

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：147735

臨床研修協力施設の名称：あおい在宅診療所

9. 救急医療の提供の実績	救急病院認定の告示 医療計画上の位置付け	告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号 番号に○をつけてください。 1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科	内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無）、 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
10. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。）		1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
11. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数		* 別紙1に記入
12. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入）		1. 一般： 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日、 4. 結核： 日、5. 療養： 日
13. 前年度の分娩件数 （産婦人科の研修がある場合のみ）		正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
14. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 （臨床病理検討会を実施している場合のみ）	開催回数 指導を行う病理医の氏名等	前年度実績： 回、今年度見込： 回 * 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	剖検数 剖検を行う場所	前年度実績： 件、今年度見込： 件 当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無 () 大学、() 病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
15. 研修医のための宿舎及び研修医室の有無	研修医の宿舎	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 0 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室	1. 有 (室) 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
16. 図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境及び医学教育用機材の整備状況	図書室の広さ 医学図書数 医学雑誌数 図書室の利用可能時間 文献データベース等の利用環境 医学教育用機材の整備状況	() m ² 国内図書 30 冊、国外図書：5 冊 国内雑誌： 10 種類、国外雑誌： 0 種類 ： ～ ： 24 時間表記 Medline 等の文献データベース (1. 有 0. 無)、 教育用コンテンツ (1. 有 0. 無)、 その他 () 利用可能時間 (9:00 ～ 20:00) 24 時間表記 医学教育用シミュレーター (1. 有 0. 無)、 その他 ()
17. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 （精神科の研修を行う施設については記入してください）		精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名） その他の精神科技術職員： 名（常勤： 名、非常勤： 名）

臨床研修協力施設概況表－ 3 －

* ここからは研修プログラムごとに記入してください。

臨床研修協力施設の名称：あおい在宅診療所

		※	
18. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。			研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： <u>030404406</u>
19. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙４に記入してください。			* 臨床研修病院指定申請書の別紙４に記入
20. インターネットを用いた評価システム			1. 有（ ・ EPOC ・ その他（ ） ） ☒ 無
21. 研修医の処遇	処遇の適用	☒	① 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 ② 施設独自の処遇とする。
	常勤・非常勤の別		1. 常勤 2. 非常勤
	研修手当		一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円） 時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無
	勤務時間		基本的な勤務時間（ : ~ : ）24 時間表記 休憩時間（ ） 時間外勤務の有無：1. 有 0. 無
	休暇		有給休暇（１年次： 日、２年次： 日） 夏季休暇（1. 有 0. 無） 年末年始（1. 有 0. 無） その他休暇（具体的に： ）
	当直		回数（約 回／月）
	研修医の宿舎（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室（再掲）		1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
	社会保険・労働保険		公的医療保険（ ） 公的年金保険（ ） 労働者災害補償保険法の適用（1. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 0. 無） 雇用保険（1. 有 0. 無）
	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に： ）
	医師賠償責任保険の扱い		病院において加入（1. する 0. しない） 個人加入（1. 強制 0. 任意）
	外部の研修活動		学会、研究会等への参加：1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無：1. 有 0. 無

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関用

記入日：西暦 2023 年 4 月 21 日

病院施設番号 既に番号を取得している施設については病院施設番号を記入してください。		168395		臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 0304044	
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。		フリガナ ヒラノ ヒロシ 氏名(姓) 平野 (名) 弘		所属 名鉄病院 研修管理室 役職 係長		(内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 臨床研修協力施設の名称		フリガナ クリニックカケハシ クリニックかけはし					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒453-0841 (愛知県) 名古屋市中村区稲葉地町 2-16-8 電話: (052) 413-0591 FAX: (052) 413-0592					
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名(法人の名称)		フリガナ イリョウホウジンヒサゴ キトウ テツタロウ 医療法人ひさご 鬼頭 哲太郎					
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所(法人の主たる事務所の所在地)		〒453-0832 (愛知県) 名古屋市中村区乾出町 2-35 電話: (052) 486-0088 FAX: (052) 486-0087					
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名		フリガナ ヨコツカ タロウ 姓 横塚 名 太郎				役職名: 院長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		フリガナ ヨコツカ タロウ 姓 横塚 名 太郎				役職名: 院長	
7. 施設のホームページアドレス		http://www.aoi-zaitaku.jp/					
8. 診療科名 当該病院の医療法上の標ぼう診療科について該当する番号すべてに○をつけ、該当する診療科がない場合は「99. その他」欄に記入すること。		※ 標ぼう診療科 (番号に○をつけてください) ① 内科 2. 呼吸器内科 ③ 循環器内科 4. 消化器内科 5. 気管食道内科 6. 神経内科 7. 心療内科 8. 性感染症内科 9. 外科 10. 呼吸器外科 11. 心臓血管外科 12. 消化器外科 13. 小児外科 14. 気管食道外科 15. 肛門外科 16. 整形外科 17. 脳神経外科 18. 形成外科 19. 美容外科 20. 精神科 ②1. アレルギー科 22. リウマチ科 ②3. 小児科 24. 皮膚科 25. 泌尿器科 26. 産婦人科 27. 産科 28. 婦人科 29. 眼科 30. 耳鼻咽喉科 31. リハビリテーション科 32. 放射線科 33. 病理診断科 34. 臨床検査科 35. 救急科 99. その他(次に記入してください。)					
		901 糖尿病科		902 科			
		903 科		904 科			
		905 科		906 科			
		907 科		908 科			
		909 科		910 科			

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：168395

臨床研修協力施設の名称：クリニックかけはし

9. 救急医療の提供の実績	救急病院認定の告示 医療計画上の位置付け	告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号 番号に○をつけてください。 1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科	内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無）、 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
10. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。）		1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
11. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数		* 別紙1に記入
12. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入）		1. 一般： 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日、 4. 結核： 日、5. 療養： 日
13. 前年度の分娩件数 （産婦人科の研修がある場合のみ）		正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
14. 臨床病理検討会 （CPC）の実施状況 （臨床病理検討会を実施している場合のみ）	開催回数 指導を行う病理医の氏名等	前年度実績： 回、今年度見込： 回 * 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	剖検数	前年度実績： 件、今年度見込： 件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無（ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
15. 研修医のための宿舎及び研修医室の有無	研修医の宿舎	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 0 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
16. 図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境及び医学教育用機材の整備状況	図書室の広さ	() m ²
	医学図書数	国内図書 20 冊、国外図書： 5 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 5 種類、国外雑誌： 0 種類
	図書室の利用可能時間	： ～ ： 24 時間表記
	文献データベース等の利用環境	Medline 等の文献データベース (1) 有 0. 無)、 教育用コンテンツ（1. 有 (0) 無)、 その他（ ） 利用可能時間（ 9:00 ～ 20:00 ）24 時間表記
	医学教育用機材の整備状況	医学教育用シミュレーター（1. 有 (0) 無)、 その他（ ）
17. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 （精神科の研修を行う施設については記入してください。）		精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名） その他の精神科技術職員： 名（常勤： 名、非常勤： 名）

臨床研修協力施設概況表－ 3 －

* ここからは研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：168395 臨床研修協力施設の名称：クリニックかけはし

		※		
18. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号：030404406		
19. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。		* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入		
20. インターネットを用いた評価システム		1. 有 (・EPOC ・その他 ()) ☒ 無		
21. 研修医の処遇	処遇の適用	☒ 1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。		
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤		
	研修手当	一年次の支給額 (税込み) 基本手当/月 (円) 賞与/年 (円)	二年次の支給額 (税込み) 基本手当/月 (円) 賞与/年 (円)	
	勤務時間	時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無 基本的な勤務時間 (: ~ :) 24 時間表記 休憩時間 () 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無		
	休暇	有給休暇 (1 年次： 日、2 年次： 日) 夏季休暇 (1. 有 0. 無) 年末年始 (1. 有 0. 無) その他休暇 (具体的に：)		
	当直	回数 (約 回/月)		
	研修医の宿舎 (再掲)	1. 有 (単身用： 戸、世帯用： 戸) 0. 無 (住宅手当： 円) 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。		
	研修医室 (再掲)	1. 有 (室) 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。		
	社会保険・労働保険	公的医療保険 () 公的年金保険 () 労働者災害補償保険法の適用 (1. 有 0. 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用 (1. 有 0. 無) 雇用保険 (1. 有 0. 無)		
	健康管理	健康診断 (年 回) その他 (具体的に：)		
	医師賠償責任保険の扱い	病院において加入 (1. する 0. しない) 個人加入 (1. 強制 0. 任意)		
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無		

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 1 －

医療機関用

記入日：西暦 2023 年 4 月 21 日

病院施設番号 既に番号を取得している施設については病院施設番号を記入してください。		178447		臨床研修病院群の名称 臨床研修病院群を構成する場合に記入してください。 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。		名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 0304044																					
作成責任者の氏名及び連絡先 本調査表の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。		ツガナ ヒラノ ヒロシ 氏名（姓） 平野 （名） 弘		所属 名鉄病院 研修管理室 役職 係長		(内線 6244) (直通電話 (052) 551-6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)																					
1. 臨床研修協力施設の名称		ツガナ カトウイイン かとう医院																									
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒453-0053 (愛知県) 名古屋市中村区中村町字茶ノ木 16-2 電話：(052) 412-0536 F A X：(052) 412-7019																									
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名（法人の名称）		ツガナ イリョウホウジン ケヤキノモリ 医療法人 樺の森																									
4. 臨床研修協力施設の開設者の住所（法人の主たる事務所の所在地）		〒453-0053 (愛知県) 名古屋市中村区中村町字茶ノ木 16-2 電話：(052) 412-0536 F A X：(052) 412-7019																									
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名		ツガナ カトウ シンジ 姓 加藤 名 眞司				役職名：院長																					
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		ツガナ カトウ シンジ 姓 加藤 名 眞司				役職名：院長																					
7. 施設のホームページアドレス		http://																									
8. 診療科名 当該病院の医療法上の標ぼう診療科について該当する番号すべてに○をつけ、該当する診療科がない場合は「99.その他」欄に記入すること。		※ 標ぼう診療科（番号に○をつけてください。） ①.内科 ②.呼吸器内科 3.循環器内科 4.消化器内科 5.気管食道内科 6.神経内科 7.心療内科 8.性感染症内科 ⑨.外科 10.呼吸器外科 11.心臓血管外科 12.消化器外科 13.小児外科 14.気管食道外科 15.肛門外科 16.整形外科 17.脳神経外科 18.形成外科 19.美容外科 20.精神科 21.アレルギー科 22.リウマチ科 23.小児科 24.皮膚科 25.泌尿器科 26.産婦人科 27.産科 28.婦人科 29.眼科 30.耳鼻咽喉科 31.リハビリテーション科 32.放射線科 33.病理診断科 34.臨床検査科 35.救急科 99.その他（次に記入してください。） <table border="1"> <tr> <td>901</td> <td>科</td> <td>902</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>903</td> <td>科</td> <td>904</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>905</td> <td>科</td> <td>906</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>907</td> <td>科</td> <td>908</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>909</td> <td>科</td> <td>910</td> <td>科</td> </tr> </table>						901	科	902	科	903	科	904	科	905	科	906	科	907	科	908	科	909	科	910	科
901	科	902	科																								
903	科	904	科																								
905	科	906	科																								
907	科	908	科																								
909	科	910	科																								

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

病院施設番号：178447

臨床研修協力施設の名称：かとう医院

9. 救急医療の提供 の実績	救急病院認定の告示 医療計画上の位置付け	告示年月日：西暦 年 月 日、告示番号：第 号 番号に○をつけてください。 1. 初期救急医療機関 2. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	1. 有 () m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 件（うち診療時間外： 件） 1日平均件数： 件（うち診療時間外： 件） 救急車取扱件数： 件（うち診療時間外： 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 名、看護師及び准看護師： 名
	指導を行う者の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科	内科系（1. 有 0. 無） 外科系（1. 有 0. 無）、 小児科（1. 有 0. 無） その他（ ）
10. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。）		1. 一般： 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
11. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数		* 別紙1に記入
12. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入）		1. 一般： 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日、 4. 結核： 日、5. 療養： 日
13. 前年度の分娩件数 （産婦人科の研修がある場合のみ）		正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
14. 臨床病理検討会 （CPC）の実施 状況 （臨床病理検討会を実施 している場合のみ）	開催回数	前年度実績： 回、今年度見込： 回
	指導を行う病理医の氏名等	* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入
	剖検数	前年度実績： 件、今年度見込： 件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無（ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
15. 研修医のための 宿舎及び研修医 室の有無	研修医の宿舎	1. 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 0 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室	1. 有（ 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
16. 図書、雑誌、イ ンターネット等 が利用できる環 境及び医学教育 用機材の整備状 況	図書室の広さ	() m ²
	医学図書数	国内図書 20 冊、国外図書： 5 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 5 種類、国外雑誌： 0 種類
	図書室の利用可能時間	: ~ : 24 時間表記
	文献データベース等の利用環境	Medline等の文献データベース (1. 有 0. 無)、 教育用コンテンツ (1. 有 0. 無)、 その他 () 利用可能時間 (9:00 ~ 20:00) 24 時間表記
	医学教育用機材の整備状況	医学教育用シミュレーター (1. 有 0. 無)、 その他 ()
17. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 （精神科の研修を行う施設については記入してください）		精神保健福祉士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 作業療法士： 名（常勤： 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 名（常勤： 名、非常勤： 名） その他の精神科技術職員： 名（常勤： 名、非常勤： 名）

臨床研修協力施設概況表－ 3 －

* ここからは研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：178447 臨床研修協力施設の名称：かとう医院

		※		
18. 研修プログラムの名称 プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。			研修プログラムの名称：名鉄病院医師臨床研修プログラム プログラム番号： 030404406	
19. 研修医の指導を行う者の氏名等 臨床研修協力施設に所属する研修医の指導を行う者の氏名等は、基幹型臨床研修病院の申請書の別紙4に記入してください。			* 臨床研修病院指定申請書の別紙4に記入	
20. インターネットを用いた評価システム			1. 有 (・EPOC ・その他 ()) ☒ 無	
21. 研修医の処遇	処遇の適用		☒ 1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1 を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 施設独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別		1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当		一年次の支給額 (税込み) 基本手当/月 (円) 賞与/年 (円)	二年次の支給額 (税込み) 基本手当/月 (円) 賞与/年 (円)
			時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	
	勤務時間		基本的な勤務時間 (: ~ :) 24 時間表記 休憩時間 () 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇		有給休暇 (1 年次： 日、2 年次： 日) 夏季休暇 (1. 有 0. 無) 年末年始 (1. 有 0. 無) その他休暇 (具体的に：)	
	当直		回数 (約 回/月)	
	研修医の宿舍 (再掲)		1. 有 (単身用： 戸、世帯用： 戸) 0. 無 (住宅手当： 円) 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室 (再掲)		1. 有 (室) 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険		公的医療保険 () 公的年金保険 () 労働者災害補償保険法の適用 (1. 有 0. 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用 (1. 有 0. 無) 雇用保険 (1. 有 0. 無)	
	健康管理		健康診断 (年 回) その他 (具体的に：)	
	医師賠償責任保険の扱い		病院において加入 (1. する 0. しない) 個人加入 (1. 強制 0. 任意)	
	外部の研修活動		学会、研究会等への参加： 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 0. 無	

※欄は、記入しないこと。

11. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：マスブン医院

病院施設番号：033698

区 分	内 科	救急部門	外 科	麻酔科 (部門)	小児科	産婦人科	又は		精神科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()									
年間新外来患者数	611				200											780
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	52 (278)	()	()	()	5.2 (278)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数																
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	1 ()	()	()	()	1 ()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	2 ()

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和5年度分)									臨床研修協力施設の名称：マスブン医院					
									病院施設番号：033698					
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	地域医療								0.25					

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別業で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 6 年度分)									臨床研修協力施設の名称：マスブン医院					
									病院施設番号：033698					
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療								0.25					

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間 4 週について 1 人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

11. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：医療法人 古山医院

病院施設番号：056614

区 分	内 科	救 急 部 門	外 科	麻 酔 科 (部 門)	小 児 科	産 婦 人 科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()									
年間新外来患者数	216															216
1 日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	47.0 (300)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数																
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	2 ()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	2 ()

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数(小数第二位を四捨五入)とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙(様式自由)に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11.の救急医療の実績の前年度の件数及び15.の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 5 年度分)								臨床研修協力施設の名称：医療法人 古山医院						
								病院施設番号：056614						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療									0.25				

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 6 年度分)									臨床研修協力施設の名称：医療法人 古山医院					
									病院施設番号：056614					
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療									0.25				

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間 4 週について 1 人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

11. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：尾関医院

病院施設番号：096280

区 分	内 科	救 急 部 門	外 科	麻 酔 科 (部 門)	小 児 科	産 婦 人 科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()									
年間新外来患者数	961															961
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	105.9 (276)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数																
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	1 ()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	1 ()

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 5 年度分)								臨床研修協力施設の名称：尾関医院						
								病院施設番号：096280						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療						0.25			0.25				

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間 4 週について 1 人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 6 年度分)								臨床研修協力施設の名称：尾関医院						
								病院施設番号：096280						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療						0.25			0.25				

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：医療法人 桜井医院

病院施設番号：106023

区 分	内 科	救 急 部 門	外 科	麻 酔 科 (部 門)	小 児 科	産 婦 人 科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()									
年間新外来患者数	1799		155		80											2034
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	50 (296)	()	1.5 (296)	()	0.6 (296)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数																
常勤医師数 (うち臨床研修指導医(指導医) 数)	1 ()	()	1 ()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	2 ()

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、1 1. の救急医療の実績の前年度の件数及び1 5. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和5年度分) 研修の予定はありません。								臨床研修協力施設の名称：医療法人 桜井医院						
								病院施設番号：106023						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	地域医療													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和6年度分) 研修の予定はありません。								臨床研修協力施設の名称：医療法人 桜井医院						
								病院施設番号：106023						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	地域医療													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：リウゲ内科 小田井クリニック

病院施設番号：106024

区 分	内 科	救急部門	外 科	麻酔科 (部門)	小児科	産婦人科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()									
年間新外来患者数	378				13											390
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	42.0 (261)	()	()	()	0.6 (261)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数																
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	1 ()	()	()	()	1 ()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	1 ()

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数(小数第二位を四捨五入)とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙(様式自由)に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、1 1. の救急医療の実績の前年度の件数及び1 5. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 5 年度分) 研修の予定はありません。								臨床研修協力施設の名称：						
								リウゲ内科 小田井クリニック						
								病院施設番号：106024						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 6 年度分) 研修の予定はありません。								臨床研修協力施設の名称：						
								リウゲ内科 小田井クリニック						
								病院施設番号：106024						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間 4 週について 1 人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：坂倉医院

病院施設番号：126878

区 分	内 科	救 急 部 門	外 科	麻 酔 科 (部 門)	小 児 科	産 婦 人 科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()									
年間新外来患者数	251				100											351
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	13.5 (252)	()	()	()	0.4 (252)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数																
常勤医師数 (うち臨床研修指導医(指導医) 数)	1 ()	()	()	()	1 ()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	2 ()

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、1 1. の救急医療の実績の前年度の件数及び1 5. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和5年度分)								臨床研修協力施設の名称：坂倉医院						
								病院施設番号：126878						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	地域医療			0.25										

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 6 年度分)								臨床研修協力施設の名称：坂倉医院						
								病院施設番号：126878						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療			0.25										

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

11. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：徳田クリニック

病院施設番号：126888

区 分	内 科	救 急 部 門	外 科	麻 酔 科 (部 門)	小 児 科	産 婦 人 科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()									
年間新外来患者数	500															500
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	45 (290)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数																
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	1 (1)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	1 (1)

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和5年度分)								臨床研修協力施設の名称：徳田クリニック						
								病院施設番号：126888						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	地域医療			0.25	0.25		0.25	0.25	0.25	0.25				

- ※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。
- ※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。
- ※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。
- ※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 6 年度分)								臨床研修協力施設の名称：徳田クリニック						
								病院施設番号：126888						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療			0.25	0.25		0.25	0.25	0.25	0.25				

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

11. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称：まごころ在宅医療クリニック

病院施設番号：126889

区 分	内 科	救急部門	外 科	麻酔科 (部門)	小児科	産婦人科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()									
年間新外来患者数	239															239
1 日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	57.8 (263)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数																
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	3 (1)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	3 (1)

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和5年度分) 研修の予定はありません。								臨床研修協力施設の名称：						
								まごころ在宅医療クリニック						
								病院施設番号：126889						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	地域医療													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 6 年度分) 研修の予定はありません。								臨床研修協力施設の名称：						
								まごころ在宅医療クリニック						
								病院施設番号：126889						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称： あおい在宅診療所

病院施設番号： 147735

区 分	内 科	救急部門	外 科	麻酔科 (部門)	小児科	産婦人科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()									
年間新外来患者数	194															194
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	24.6 (243)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数																
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	2 (1)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	2 (1)

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和5年度分) 研修の予定はありません。								臨床研修協力施設の名称： あおい在宅診療所						
								病院施設番号： 147735						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	地域医療													

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 6 年度分) 研修の予定はありません。									臨床研修協力施設の名称： あおい在宅診療所					
									病院施設番号： 147735					
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療			0.25										

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称： クリニックかけはし

病院施設番号： 168395

区 分	内 科	救 急 部 門	外 科	麻 酔 科 (部 門)	小 児 科	産 婦 人 科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()									
年間新外来患者数	818				11131											111949
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	42.8 (320)	()	()	()	135 (320)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数																
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	2 (2)	()	()	()	2 (2)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	2 (2)

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、1 1. の救急医療の実績の前年度の件数及び1 5. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 5 年度分)								臨床研修協力施設の名称： クリニックかけはし						
								病院施設番号：168395						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療			0.25	0.25	0.5	0.5	0.5	0.5	0.25				

- ※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。
- ※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4 週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。
- ※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。
- ※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和6年度分)								臨床研修協力施設の名称： クリニックかけはし						
								病院施設番号： 168395						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	13～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
名鉄病院	地域医療			0.25	0.25	0.5	0.5	0.5	0.5	0.25				

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

臨床研修病院の名称： かとう医院

病院施設番号：178447

区 分	内 科	救 急 部 門	外 科	麻 酔 科 (部 門)	小 児 科	産 婦 人 科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()									
年間新外来患者数	737															737
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数	52.7 (289)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数																
常勤医師数 (うち臨床研修指導医(指導医) 数)	1 ()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	1 ()

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、1 1. の救急医療の実績の前年度の件数及び1 5. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 5 年度分)								臨床研修協力施設の名称： かとう医院						
								病院施設番号：178447						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療				0.25			0.25						

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

1 1. 診療科ごとの研修医の数

既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。

(令和 6 年度分)								臨床研修協力施設の名称： かとう医院						
								病院施設番号： 178447						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4 週	5～ 8 週	9～ 12 週	13～ 16 週	17～ 20 週	21～ 24 週	25～ 28 週	29～ 32 週	33～ 36 週	37～ 40 週	41～ 44 週	45～ 48 週	49～ 52 週
名鉄病院	地域医療				0.25			0.25						

- ※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。
- ※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。
- ※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。
- ※ 地域密着型病院の場合も同様の記入をすること。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2023 年 4 月 27 日

都道府県知事 殿

病院名 名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院
開設者 名古屋鉄道健康保険組合 理事長 加藤 悟司

医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 14 年厚生労働省令第 158 号）第 12 条に基づき、年次報告書を提出いたします。

また、併せて、同省令第 9 条に基づき、1. 研修プログラムの変更、**②** 研修プログラムの新設を届け出ます。（研修プログラムを変更する場合には「1. 研修プログラム変更」に、研修プログラムを新設する場合には「2. 研修プログラムの新設」に○をつけてください。）

① 基幹型臨床研修病院 2. 協力型臨床研修病院 （報告又は届出を行う臨床研修病院の型の番号に○をつけてください。）

- ・ 項目番号 1 から 25 までについては、年次報告において記入してください。
- ・ 研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号 26 から 36 までについても記入してください。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 1 ー

病院施設番号： 030404

臨床研修病院の名称： 名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

記入日：西暦 2023 年 4 月 27 日

病院施設番号 (基幹型、協力型記入) 既に番号を取得している臨床研修病院については 病院施設番号を記入してください。	030404	臨床研修病院群の名称 (基幹型、協力型記入) 既に臨床研修病院群番号を有している臨床 研修病院群については、番号も記入し てください。	名称 名鉄病院臨床研修病院群 番号 030404
作成責任者の氏名及び連絡先 (基幹型、協力型記入) 本報告書の問合せに対して回答できる作成 責任者について記入してください。	フリガナ ヒラノ ヒロシ 氏名(姓) (名) 平野 弘	役職 総務課 研修管理室担当 係長 (内線 6244) (直通電話 (052) 551—6121) e-mail: jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ ナゴヤテツドウケンコウホケンクミアイ メイテツビョウイン 名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院		
2. 病院の所在地及び二次医療圏の名称 (基幹型、協力型記入)	〒 4 5 1 - 8 5 1 1 (愛知 都・道・府 県) 名古屋市西区栄生 2-26-11 電話：(052) 551—6121 F A X：(052) 551—6711 二次医療圏 の名称：名古屋・尾張中部		
3. 病院の開設者の氏名(法人の名称) (基幹型、協力型記入)	フリガナ ナゴヤテツドウケンコウホケンクミアイ リジチョウ カトウ サトシ 名古屋鉄道健康保険組合 理事長 加藤 悟司		
4. 病院の開設者の住所(法人の主たる事務所の所在地) (基幹型、協力型記入)	〒 4 5 1 - 0 0 5 2 (愛知 都・道・府 県) 名古屋市西区栄生 2-26-11 電話：(052) 626—5333 F A X：(052) 626—5772		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型、協力型記入)	フリガナ クズヤ マサフミ 姓 葛谷	名 雅文	
6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数 (基幹型記入)	* 別紙 1 に記入 研修管理委員会のすべての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。		
7. 病院群の構成等 (基幹型記入)	* 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。		
8. 病院のホームページアドレス (基幹型、協力型記入)	http:// www.meitetsu-hospital.jp		

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 2 ー

病院施設番号： 030404

臨床研修病院の名称：

名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

		※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 (基幹型・協力型記入)			常勤： 92 名、非常勤（常勤換算）： 2.5 名 計（常勤換算）： 94.5 名、医療法による医師の標準員数： 37 名 * 研修医の氏名等について様式3に記入
10. 救急医療の提供の実績 (基幹型・協力型記入)	救急病院認定の告示		告示年月日：西暦 2023 年 3 月 3 日、告示番号：第 85 号
	医療計画上の位置付け		1. 初期救急医療機関 ② 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無		① 有 (218.25) m ² 0. 無
	救急医療の実績		前年度の件数： 11,046 件（うち診療時間外： 8,862 件） 1 日平均件数： 30.3 件（うち診療時間外： 24.3 件） 救急車取扱件数： 5,625 件（うち診療時間外： 3,648 件）
	診療時間外の勤務体制		医師： 3 名、看護師及び准看護師： 3 名
	指導を行う者の氏名等		* 別紙4に記入
	救急医療を提供している診療科		内科系 ① 有 0. 無) 外科系 ① 有 0. 無) 小児科 ① 有 0. 無) その他 ()
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） (基幹型・協力型記入)			1. 一般： 373 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 床
12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 (基幹型・協力型記入)			* 別紙2に記入
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） (基幹型・協力型記入)			1. 一般： 11.5 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日 4. 結核： 日、5. 療養： 日
14. 前年度の分娩件数 (基幹型・協力型記入)			正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
15. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 (基幹型・協力型記入)	開催回数		前年度実績： 5 回、今年度見込： 5 回 ※報告・届出病院の主催の下に開催した回数を記載
	指導を行う病理医の氏名等		* 別紙4に記入
	剖検数		前年度実績： 2 件、今年度見込： 4 件
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室 ① 有 0. 無 () 大学、() 病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
16. 研修医のための宿舎及び研修医室の有無 (基幹型・協力型記入)	研修医の宿舎		① 有（単身用： 10 戸、世帯用： 0 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室		① 有 (1 室) 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
17. 図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境及び医学教育用機材の整備状況 (基幹型・協力型記入)	図書室の広さ		(75) m ²
	医学図書数		国内図書： 3,300 冊、国外図書： 100 冊
	医学雑誌数		国内雑誌： 60 種類、国外雑誌： 30 種類
	図書室の利用可能時間		9:00 ~ 17:00 24 時間表記
	文献データベース等の利用環境		Medline 等の文献データベース ① 有 0. 無)、教育用コンテンツ ① 有 0. 無)、その他 ()
	医学教育用機材の整備状況		利用可能時間 (0:00 ~ 24:00) 24 時間表記 医学教育用シミュレーター ① 有 0. 無)、その他 ()

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 3 ー

病院施設番号： 030404

臨床研修病院の名称： 名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

18. 病歴管理体制 (基幹型・協力型記入)	病歴管理の責任者の氏名及び役職	フガナ イマガワ タカハル 氏名(姓) 今川 (名) 隆晴 役職 診療支援担当 主任補佐														
	診療に関する諸記録の管理方法	① 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に:)														
	診療録の保存期間	(10) 年間保存														
	診療録の保存方法	1. 文書 ② 電子媒体 その他(具体的に:)														
19. 医療安全管理体制 (基幹型・協力型記入)	安全管理者の配置状況	① 有 (1 名) 0. 無 有を選択した場合には、安全管理者の人数を記入してください。														
	安全管理部門の設置状況	職員：専任 (1) 名、兼任 (22) 名 主な活動内容：例「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等														
	患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況	患者相談窓口の責任者の氏名等： フガナ ホッタ ハルミ 氏名(姓) 堀田 (名) 晴美 役職 課長 対応時間 (0 : 00 ~ 24 : 00) 24 時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無： ① 有 0. 無														
	医療に係る安全管理のための指針の整備状況	① 有 0. 無 指針の主な内容：「医院内において発生した医療事故または発生する危険があった医療事故についての情報収集」「医療事故防止のための研修及び教育」等														
	医療に係る安全管理委員会の開催状況	年 (12) 回 活動の主な内容：「医院内において発生した医療事故または発生する危険があった医療事故についての情報の共有」と「対策の協議・立案」														
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年 (14) 回 研修の主な内容：全職員および関係職種を対象とした医療事故防止のための講演会の実施														
	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	医療機関内における事故報告等の整備： ① 有 0. 無 その他の改善のための方策の主な内容：院内視察、危険箇所の点検・改良、人工呼吸器の定期点検の実施、各種医療機器の使用講習会の実施等														
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 (基幹型・協力型記入)	修了： 7 名 中断： 0 名															
21. 現に受け入れている研修医の数 (基幹型・協力型記入)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>前々年度</th> <th>前年度</th> <th>当該年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 年</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2 年</td> <td>7</td> <td>7</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>					前々年度	前年度	当該年度	1 年	7	6	6	2 年	7	7	6
	前々年度	前年度	当該年度													
1 年	7	6	6													
2 年	7	7	6													
22. 受入可能定員 (基幹型・協力型記入)	許可病床数(歯科の病床数を除く。)から算出	許可病床数 (373) 床 ÷ 10 = (37) 名														
	患者数から算出	年間入院患者数 (8,539) 人 ÷ 100 = (85.4) 名														
23. 当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。	○ 派遣実績 → 募集定員加算 0 名 → 0 名 ※ 募集定員加算の人数は、報告・届出年度の翌年度の募集定員を算出する際に用いる医師派遣等の加算人数を記入すること。(記入要領 25 を参照) ○ 地域医療対策協議会等の意向の把握 (有 ・ ① 無) ※ 該当する方を○で囲むこと。															

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 4 ー

病院施設番号： 030404

臨床研修病院の名称： 名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※	
24. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。			1. 精神保健福祉士： 名 (常勤： 名、非常勤： 名) 2. 作業療法士： 名 (常勤： 名、非常勤： 名) 3. 臨床心理技術者： 名 (常勤： 名、非常勤： 名) 9. その他の精神科技術職員： _____ 名 (常勤： 名、非常勤： 名)
25. 第三者評価の受賞状況 (基幹型記入)			1. 有 (評価実施機関名： (2021年11月26日)) 0. 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受賞日を記入してください。
26. 前年度に育児休業を取得した研修医の数 (基幹型・協力型記入)			女性 1年次研修医 (0) 名 2年次研修医 (0) 名 男性 1年次研修医 (0) 名 2年次研修医 (0) 名
27. 研修医の妊娠・出産・育児に関する施設及び取組に関する事項 (基幹型・協力型記入)	院内保育所		院内保育所の有無 (1. 有 0. 無) 有を選択した場合、開所時間を記入してください (8 時 00 分 ~ 19 時 00 分) 病児保育 (1. 有 0. 無) 夜間保育 (1. 有 0. 無) 上記保育所は研修医の子どもにも使用可能か (1. 可 0. 不可) ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1. 有 0. 無) その他の補助 (具体的に：)
	保育補助		
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所		休憩場所 (1. 有 0. 無) 授乳スペース (1. 有 0. 無)
	その他育児関連施設・取組があれば記入 (院外との連携した取組もあれば記入)		
	研修医のライフイベントの相談窓口		1. 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入 (研修管理室) 窓口の専任担当 1. 有 (名) 0. 無
	各種ハラスメントの相談窓口		窓口の名称を記入 (企業倫理ヘルプライン) 窓口の専任担当 1. 有 () 0. 無
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。			
28. 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称： プログラム番号： 030404408	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)		1年次： 7名、2年次： 6名	

(年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー5ー)

病院施設番号： 030404

臨床研修病院の名称： 名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

30. 研修医の募集及び採用の方法 (基幹型記入)	研修プログラムに関する問い合わせ先	フリガナ ヒラノ ヒロシ 氏名(姓) (名) 平野 弘 所属 研修管理室 役職 係長 電話：(052) 551—6121 F A X：(052) 551—6711 e-mail：jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp URL：http://www.meitetsu-hospital.jp
	資料請求先	住所 〒 4 5 1 - 8 5 1 1 (都・道・府・県) 名古屋市西区栄生 2-26-11 担当部門 担当者氏名 フリガナ ヒラノ ヒロシ 姓 平野 名 弘 電話： (052) 551—6121 F A X：(052) 551—6711 e-mail：jimubu_uketuke@meitetsu-hpt.jp URL：http://www.meitetsu-hospital.jp
	募集方法	① 公募 ② その他(具体的に：)
応募必要書類 (複数選択可)		① 履歴書、② 卒業(見込み)証明書、③ 成績証明書、 ④ 健康診断書、⑤ その他(具体的に：)
選考方法 (複数選択可)		① 面接 ② 筆記試験 その他(具体的に： 小論文)
募集及び選考の時期		募集時期： 6 月 15 日頃から 選考時期： 8 月 1 日頃から
マッチング利用の有無		① 有 ② 無
31. 研修プログラムの名称及び概要 (基幹型記入)	概要：* 別紙3に記入 (作成年月日：西暦 2022 年 4 月 28 日)	
32. プログラム責任者の氏名等(副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等) (基幹型記入) * プログラム責任者の履歴を様式2に記入 * 副プログラム責任者が配置されている場合にあっては、副プログラム責任者の履歴を様式2に記入	(プログラム責任者) フリガナ タケダ キンイチ 氏名(姓) 氏名(名) 竹田 欽一 所属 名鉄病院 役職 副院長 (副プログラム責任者) ① 有 (名) ② 無	
33. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等 (基幹型記入) すべての臨床研修指導医等(協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。)について氏名等を記入してください。	* 別紙4に記入	
34. インターネットを用いた評価システム	① 有 (・EPOC ・その他()) ② 無	
35. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)	西暦 2024 年 4 月 1 日	
36. 研修医の処遇 (基幹型・協力型記入)	処遇の適用 (基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。) 常勤・非常勤の別	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 ① を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 ② 病院独自の処遇とする。 ① 常勤 ② 非常勤

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー6ー

病院施設番号： 030404

臨床研修病院の名称： 名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

37. 研修医の処遇 (続き) (基幹型・協力型記入)	研修手当	一年次の支給額 (税込み)	二年次の支給額 (税込み)
		基本手当/月 (312,500 円)	基本手当/月 (335,500 円)
		賞与/年 (931,800 円)	賞与/年 (1,322,300 円)
		時間外手当： ① 有 〇 無	
		休日手当： ① 有 〇 無	
	勤務時間	基本的な勤務時間 (8:50 ~ 17:50) 24 時間表記	
		休憩時間 (1 時間)	
		時間外勤務の有無： ① 有 〇 無	
	休暇	有給休暇 (1 年次: 11 日、2 年次: 12 日)	
		夏季休暇 (① 有 〇 無)	
		年末年始 (① 有 〇 無)	
		その他休暇 (具体的に: 誕生部休暇 誕生日月に 1 日)	
	当直	回数 (約 5 回/月)	
	研修医の宿舍 (再掲)	① 有 (単身用: 10 戸、世帯用: 戸)	
		〇 無 (住宅手当: 円)	
		有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。	
		無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「〇」と記入してください。	
	研修医室 (再掲)	① 有 (室) 〇 無	
		有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	具体的に 4 月、9 月	
		公的医療保険 (組合健康保険)	
		公的年金保険 (厚生年金保険)	
		労働者災害補償保険法の適用 ① 有 〇 無	
		国家・地方公務員災害補償法の適用 (① 有 〇 無)	
		雇用保険 ① 有 〇 無	
	健康管理	健康診断 (年 2 回)	
		その他 (具体的に 4 月、9 月)	
	医師賠償責任保険の扱い	病院において加入 ① する 〇 しない	
		個人加入 (① 強制 〇 任意)	
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加: ① 可 〇 否	
		学会、研究会等への参加費用支給の有無: ① 有 〇 無	
	院内保育所 (再掲)	院内保育所の有無 ① 有 〇 無	
		有を選択した場合、開所時間を記入してください (8 時 00 分 ~ 19 時 00 分)	
		病児保育 (① 有 〇 無)	
		夜間保育 (① 有 〇 無)	
		上記保育所は研修医の子どもに使用可能か ① 可 〇 不可	
	保育補助 (再掲)	ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 ① 有 〇 無	
		その他の補助 (具体的に:)	
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所 (再掲)	休憩場所 ① 有 〇 無	
		授乳スペース ① 有 〇 無	
	その他育児関連施設・取組があれば記入 (院外との連携した取組もあれば記入) (再掲)		
	研修医のライフイベントの相談窓口 (再掲)	① 有 〇 無 窓口の名称がある場合記入 (研修管理室) 窓口の専任担当 ① 有 (名) 〇 無	
	各種ハラスメントの相談窓口 (再掲)	窓口の名称を記入 (企業倫理ヘルプライン) 窓口の専任担当 ① 有 () 〇 無	
38. 研修医手帳 (基幹型記入)		① 有 〇 無	
39. 連携状況 (基幹型記入)		* 様式 6 に記入	

※欄は、記入しないこと。