

技能研修計画の申請書

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

申請番号	
------	--

※申請者は記載不要

(ア)申請者に関する情報

フリガナ	
氏名	

性別	
生年月日	

申請者の連絡先

電話番号	
e-mail	

医籍番号	
医籍登録年度	2016年度

技能の修得・維持を予定している医療機関

都道府県		医療機関名	
所属診療科(自由記載)		産婦人科	

保有専門医資格 (複数選択可)

基本19領域		
<input type="checkbox"/> 01. 内科専門医 <small>(認定内科医 総合内科専門医)</small>	<input type="checkbox"/> 08. 眼科専門医	<input type="checkbox"/> 15. 臨床検査専門医
<input type="checkbox"/> 02. 小児科専門医	<input type="checkbox"/> 09. 耳鼻咽喉科専門医	<input type="checkbox"/> 16. 救急科専門医
<input type="checkbox"/> 03. 皮膚科専門医	<input type="checkbox"/> 10. 泌尿器科専門医	<input type="checkbox"/> 17. 形成外科領域専門医
<input type="checkbox"/> 04. 精神科専門医	<input type="checkbox"/> 11. 脳神経外科専門医	<input type="checkbox"/> 18. リハビリテーション科専門医
<input type="checkbox"/> 05. 外科専門医	<input type="checkbox"/> 12. 放射線科専門医	<input type="checkbox"/> 19. 総合診療専門医
<input type="checkbox"/> 06. 整形外科専門医	<input type="checkbox"/> 13. 麻酔科専門医	
<input checked="" type="checkbox"/> 07. 産婦人科専門医	<input type="checkbox"/> 14. 病理専門医	
その他専門医		
<input type="checkbox"/> 消化器病専門医	<input type="checkbox"/> アレルギー専門医	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医
<input type="checkbox"/> 循環器専門医	<input type="checkbox"/> 感染症専門医	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科専門医
<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医	<input type="checkbox"/> 老年病専門医	<input type="checkbox"/> 小児外科専門医
<input type="checkbox"/> 血液専門医	<input type="checkbox"/> 神経内科専門医	<input type="checkbox"/> 乳腺専門医
<input type="checkbox"/> 内分泌代謝科専門医	<input type="checkbox"/> リウマチ専門医	<input type="checkbox"/> 内分泌外科専門医
<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医	<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡専門医	<input type="checkbox"/> 放射線診断専門医
<input type="checkbox"/> 腎臓専門医	<input type="checkbox"/> がん薬物療法専門医	<input type="checkbox"/> 放射線治療専門医
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医	<input type="checkbox"/> 消化器外科専門医	
<input type="checkbox"/> その他①	( )	
<input type="checkbox"/> その他②	( )	
<input type="checkbox"/> その他③	( )	

※その他の記入欄が足りない場合は、申請に関わる専門医資格を優先して記載してください。

いずれの専門医資格も保有していない場合、特記すべき事情があれば、下記に記載をしてください。

--

(イ) 技能研修計画 ※必ず申請医師本人が記載してください

(1) 研修計画期間 (一度に申請できるのは最長3年)

開始	2024年4月
終了	2027年3月

(2) 技能の内容

領域(基本19領域)	産婦人科
技能名 ※臓器または病態と医療行為を組み合わせ て技能名を作成(例参照)	異常妊娠に関するその周産期管理
C-2水準の対象技能となり得る 技能の考え方 (いずれかを選択)	<input type="radio"/> 医療技術の進歩により新たに登場した、保険未記載の治療・手術技術 <input checked="" type="radio"/> 良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技術
技能の修得にやむを得ず 長時間労働が必要となる根拠 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> 同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない <input type="checkbox"/> その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ

(3) 当該技能の修得に関する技能の研修予定症例数

申請するC-2水準の技能の修得のために 必要とされる個別の技能/技術等	技能修得のために主体的に診療に携わる 研修予定症例数(計画年度別)			所属医療機関 の年間見込み 症例数
	1年目	2年目	3年目	
妊娠28週未満の超早産管理	9件	9件	9件	55件
胎盤遺残の管理	2件	2件	2件	16件
妊娠高血圧症候群の管理	22件	22件	20件	120件
産後異常出血の管理	15件	15件	15件	120件
双胎妊娠の管理	8件	8件	8件	54件
糖尿病合併妊娠・妊娠糖尿病	20件	20件	20件	150件
前置胎盤の帝王切開	2件	2件	2件	20件
常位胎盤早期剝離症例の管理	1件	1件	1件	10件
胎児疾患の診断と説明	5件	5件	5件	60件
パルスドップラー法を用いた胎児血流測定	100件	100件	100件	2200件

(4) その他、技能修得のために必要な業務

--

(ウ) 申請した技能分野の当該医療機関におけるC-2水準の指定について

- 指定済   
  指定申請中   
  同時申請

(エ) 意思確認

- 当該技能研修計画は、自らの発意に基づき作成しており、作成した技能研修計画書の業務内容は申請技能の向上のために、やむを得ず960時間以上の時間外・休日労働を必要とする。

(医療機関担当者記入欄)

- 医療機関内の承認手続きを完了

技能研修計画の申請書

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

申請番号	
------	--

※申請者は記載不要

(ア)申請者に関する情報

フリガナ	
氏名	

性別	
生年月日	

申請者の連絡先

電話番号	
e-mail	

医籍番号	
医籍登録年度	2014年度

技能の修得・維持を予定している医療機関

都道府県		医療機関名	
所属診療科(自由記載)		食道胃腸外科	

保有専門医資格 (複数選択可)

基本19領域		
<input type="checkbox"/> 01. 内科専門医 <small>(認定内科医) (総合内科専門医)</small>	<input type="checkbox"/> 08. 眼科専門医	<input type="checkbox"/> 15. 臨床検査専門医
<input type="checkbox"/> 02. 小児科専門医	<input type="checkbox"/> 09. 耳鼻咽喉科専門医	<input type="checkbox"/> 16. 救急科専門医
<input type="checkbox"/> 03. 皮膚科専門医	<input type="checkbox"/> 10. 泌尿器科専門医	<input type="checkbox"/> 17. 形成外科領域専門医
<input type="checkbox"/> 04. 精神科専門医	<input type="checkbox"/> 11. 脳神経外科専門医	<input type="checkbox"/> 18. リハビリテーション科専門医
<input checked="" type="checkbox"/> 05. 外科専門医	<input type="checkbox"/> 12. 放射線科専門医	<input type="checkbox"/> 19. 総合診療専門医
<input type="checkbox"/> 06. 整形外科専門医	<input type="checkbox"/> 13. 麻酔科専門医	
<input type="checkbox"/> 07. 産婦人科専門医	<input type="checkbox"/> 14. 病理専門医	
その他専門医		
<input type="checkbox"/> 消化器病専門医	<input type="checkbox"/> アレルギー専門医	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医
<input type="checkbox"/> 循環器専門医	<input type="checkbox"/> 感染症専門医	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科専門医
<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医	<input type="checkbox"/> 老年病専門医	<input type="checkbox"/> 小児外科専門医
<input type="checkbox"/> 血液専門医	<input type="checkbox"/> 神経内科専門医	<input type="checkbox"/> 乳腺専門医
<input type="checkbox"/> 内分泌代謝科専門医	<input type="checkbox"/> リウマチ専門医	<input type="checkbox"/> 内分泌外科専門医
<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医	<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡専門医	<input type="checkbox"/> 放射線診断専門医
<input type="checkbox"/> 腎臓専門医	<input type="checkbox"/> がん薬物療法専門医	<input type="checkbox"/> 放射線治療専門医
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医	<input checked="" type="checkbox"/> 消化器外科専門医	
<input type="checkbox"/> その他①	( )	
<input type="checkbox"/> その他②	( )	
<input type="checkbox"/> その他③	( )	

※その他の記入欄が足りない場合は、申請に関わる専門医資格を優先して記載してください。

いずれの専門医資格も保有していない場合、特記すべき事情があれば、下記に記載をしてください。

例：ライフイベントや留学、天災等により、専門医資格を更新できていないため。

(イ) 技能研修計画 ※必ず申請医師本人が記載してください

(1) 研修計画期間 (一度に申請できるのは最長3年)

開始	2024年4月
終了	2027年3月

(2) 技能の内容

領域(基本19領域)	外科
技能名 ※臓器または病態と医療行為を組み合わせ て技能名を作成(例参照)	食道癌に関する手術およびその周術期管理
C-2水準の対象技能となり得る 技能の考え方 (いずれかを選択)	<input type="radio"/> 医療技術の進歩により新たに登場した、保険未記載の治療・手術技術 <input checked="" type="radio"/> 良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技術
技能の修得にやむを得ず 長時間労働が必要となる根拠 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> 同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ

(3) 当該技能の修得に関する技能の研修予定症例数

申請するC-2水準の技能の修得のために 必要とされる個別の技能/技術等	技能修得のために主体的に診療に携わる 研修予定症例数(計画年度別)			所属医療機関 の年間見込み 症例数
	1年目	2年目	3年目	
胸腔鏡下食道切除術(術者)	5件	5件	10件	20件
胸腔鏡下食道切除術(助手)	15件	15件	10件	20件
ロボット支援下食道切除術(術者)	5件	5件	10件	20件
ロボット支援下食道切除術(助手)	15件	15件	10件	20件
食道再建またはバイパス術(胃、空腸による)	10件	10件	10件	10件
サルベージ手術	5件	5件	5件	5件
術後のICU管理	40件	40件	40件	40件
化学療法、放射線療法	35件	35件	35件	35件

(4) その他、技能修得のために必要な業務

手術レコード作成、ビデオ編集、患者病状説明、食道外科専門医取得、臨床研修医やコメディカルに対する レクチャー、カンファレンス参加、および準備、病棟管理、外来診療、オンコール、宿日直
---

(ウ) 申請した技能分野の当該医療機関におけるC-2水準の指定について

- 指定済     指定申請中     同時申請

(エ) 意思確認

- 当該技能研修計画は、自らの発意に基づき作成しており、作成した技能研修計画書の業務内容は  
申請技能の向上のために、やむを得ず960時間以上の時間外・休日労働を必要とする。

(医療機関担当者記入欄)

- 医療機関内の承認手続きを完了

技能研修計画の申請書

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

申請番号	
------	--

(ア)申請者に関する情報

フリガナ	
氏名	

性別	
生年月日	

申請者の連絡先

電話番号	
e-mail	

医籍番号	
医籍登録年度	2015

技能の修得・維持を予定している医療機関

都道府県		医療機関名	
所属診療科(自由記載)		整形外科	

保有専門医資格 (複数選択可)

基本19領域		
<input type="checkbox"/> 01. 内科専門医 <small>(認定内科医) (総合内科専門医)</small>	<input type="checkbox"/> 08. 眼科専門医	<input type="checkbox"/> 15. 臨床検査専門医
<input type="checkbox"/> 02. 小児科専門医	<input type="checkbox"/> 09. 耳鼻咽喉科専門医	<input type="checkbox"/> 16. 救急科専門医
<input type="checkbox"/> 03. 皮膚科専門医	<input type="checkbox"/> 10. 泌尿器科専門医	<input type="checkbox"/> 17. 形成外科領域専門医
<input type="checkbox"/> 04. 精神科専門医	<input type="checkbox"/> 11. 脳神経外科専門医	<input type="checkbox"/> 18. リハビリテーション科専門医
<input type="checkbox"/> 05. 外科専門医	<input type="checkbox"/> 12. 放射線科専門医	<input type="checkbox"/> 19. 総合診療専門医
<input checked="" type="checkbox"/> 06. 整形外科専門医	<input type="checkbox"/> 13. 麻酔科専門医	
<input type="checkbox"/> 07. 産婦人科専門医	<input type="checkbox"/> 14. 病理専門医	
その他専門医		
<input type="checkbox"/> 消化器病専門医	<input type="checkbox"/> アレルギー専門医	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医
<input type="checkbox"/> 循環器専門医	<input type="checkbox"/> 感染症専門医	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科専門医
<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医	<input type="checkbox"/> 老年病専門医	<input type="checkbox"/> 小児外科専門医
<input type="checkbox"/> 血液専門医	<input type="checkbox"/> 神経内科専門医	<input type="checkbox"/> 乳腺専門医
<input type="checkbox"/> 内分泌代謝科専門医	<input type="checkbox"/> リウマチ専門医	<input type="checkbox"/> 内分泌外科専門医
<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医	<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡専門医	<input type="checkbox"/> 放射線診断専門医
<input type="checkbox"/> 腎臓専門医	<input type="checkbox"/> がん薬物療法専門医	<input type="checkbox"/> 放射線治療専門医
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医	<input type="checkbox"/> 消化器外科専門医	
<input type="checkbox"/> その他①	( )	
<input type="checkbox"/> その他②	( )	
<input type="checkbox"/> その他③	( )	

※その他の記入欄が足りない場合は、申請に関わる専門医資格を優先して記載してください。

いずれの専門医資格も保有していない場合、特記すべき事情があれば、下記に記載をしてください。

例: ライフイベントや留学、天災等により、専門医資格を更新できていないため。
--

(イ) 技能研修計画 ※必ず申請医師本人が記載してください

(1) 研修計画期間 (一度に申請できるのは最長3年)

開始	2024年4月
終了	2027年3月

(2) 技能の内容

領域(基本19領域)	整形外科
技能名 ※臓器または病態と医療行為を組み合わせ て技能名を作成(例参照)	例: 肝臓に関する移植手術およびその周術期管理 脊椎に関する脊椎外科手術及びその周術期管理
C-2水準の対象技能となり得る 技能の考え方 (いずれかを選択)	<input type="radio"/> 医療技術の進歩により新たに登場した、保険未記載の治療・手術技術 <input checked="" type="radio"/> 良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技術
技能の修得にやむを得ず 長時間労働が必要となる根拠 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない <input type="checkbox"/> 同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ

(3) 当該技能の修得に関する技能の研修予定症例数

申請するC-2水準の技能の修得のために 必要とされる個別の技能/技術等	技能修得のために主体的に診療に携わる 研修予定症例数(計画年度別)			所属医療機関 の年間見込み 症例数
	1年目	2年目	3年目	
椎弓切除・椎弓形成(緊急手術も含む)	50件	50件	50件	280件
椎弓切除・椎弓形成(助手)	40件	40件	40件	280件
後側方固定・後方椎体間固定術(緊急手術も含む)	30件	30件	30件	170件
後側方固定・後方椎体間固定術(助手)	30件	30件	30件	170件
頸椎前方固定	5件	5件	5件	30件
頸椎前方固定(助手)	5件	5件	5件	30件
胸・腰椎前方固定	10件	10件	10件	30件
胸・腰椎前方固定(助手)	30件	30件	30件	30件
側弯症手術	1件	3件	3件	50件
側弯症手術(助手)	10件	10件	10件	50件
ミエログラフィー	80件	80件	80件	480件

(4) その他、技能修得のために必要な業務

週1回の外来業務、月2回の当直、月4回のオンコール 学会発表、学術論文(一部自己研鑽を含む)
---

(ウ) 申請した技能分野の当該医療機関におけるC-2水準の指定について

- 指定済     指定申請中     同時申請

(エ) 意思確認

- 当該技能研修計画は、自らの発意に基づき作成しており、作成した技能研修計画書の業務内容は申請技能の向上のために、やむを得ず960時間以上の時間外・休日労働を必要とする。

(医療機関担当者記入欄)

- 医療機関内の承認手続きを完了

技能研修計画の申請書

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

申請番号	
------	--

(ア)申請者に関する情報

フリガナ	
氏名	

性別	
生年月日	

申請者の連絡先

電話番号	
e-mail	

医籍番号	
医籍登録年度	2016

技能の修得・維持を予定している医療機関

都道府県		医療機関名	
所属診療科(自由記載)		循環器内科	

保有専門医資格 (複数選択可)

基本19領域		
<input checked="" type="checkbox"/> 01. 内科専門医 <small>(認定内科医) (総合内科専門医)</small>	<input type="checkbox"/> 08. 眼科専門医	<input type="checkbox"/> 15. 臨床検査専門医
<input type="checkbox"/> 02. 小児科専門医	<input type="checkbox"/> 09. 耳鼻咽喉科専門医	<input type="checkbox"/> 16. 救急科専門医
<input type="checkbox"/> 03. 皮膚科専門医	<input type="checkbox"/> 10. 泌尿器科専門医	<input type="checkbox"/> 17. 形成外科領域専門医
<input type="checkbox"/> 04. 精神科専門医	<input type="checkbox"/> 11. 脳神経外科専門医	<input type="checkbox"/> 18. リハビリテーション科専門医
<input type="checkbox"/> 05. 外科専門医	<input type="checkbox"/> 12. 放射線科専門医	<input type="checkbox"/> 19. 総合診療専門医
<input type="checkbox"/> 06. 整形外科専門医	<input type="checkbox"/> 13. 麻酔科専門医	
<input type="checkbox"/> 07. 産婦人科専門医	<input type="checkbox"/> 14. 病理専門医	
その他専門医		
<input type="checkbox"/> 消化器病専門医	<input type="checkbox"/> アレルギー専門医	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医
<input type="checkbox"/> 循環器専門医	<input type="checkbox"/> 感染症専門医	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科専門医
<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医	<input type="checkbox"/> 老年病専門医	<input type="checkbox"/> 小児外科専門医
<input type="checkbox"/> 血液専門医	<input type="checkbox"/> 神経内科専門医	<input type="checkbox"/> 乳腺専門医
<input type="checkbox"/> 内分泌代謝科専門医	<input type="checkbox"/> リウマチ専門医	<input type="checkbox"/> 内分泌外科専門医
<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医	<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡専門医	<input type="checkbox"/> 放射線診断専門医
<input type="checkbox"/> 腎臓専門医	<input type="checkbox"/> がん薬物療法専門医	<input type="checkbox"/> 放射線治療専門医
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医	<input type="checkbox"/> 消化器外科専門医	
<input type="checkbox"/> その他①	( )	
<input type="checkbox"/> その他②	( )	
<input type="checkbox"/> その他③	( )	

※その他の記入欄が足りない場合は、申請に関わる専門医資格を優先して記載してください。

いずれの専門医資格も保有していない場合、特記すべき事情があれば、下記に記載をしてください。

例: ライフイベントや留学、天災等により、専門医資格を更新できていないため。
--

(イ) 技能研修計画 ※必ず申請医師本人が記載してください

(1) 研修計画期間 (一度に申請できるのは最長3年)

開始	2024年4月
終了	2027年3月

(2) 技能の内容

領域(基本19領域)	内科
技能名 ※臓器または病態と医療行為を組み合わせ て技能名を作成(例参照)	例: 肝臓に関する移植手術およびその周術期管理 心臓に関わるカテーテル処置技術およびその処置前後の管理
C-2水準の対象技能となり得る 技能の考え方 (いずれかを選択)	<input type="radio"/> 医療技術の進歩により新たに登場した、保険未記載の治療・手術技術 <input checked="" type="radio"/> 良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技術
技能の修得にやむを得ず 長時間労働が必要となる根拠 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> 同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ

(3) 当該技能の修得に関する技能の研修予定症例数

申請するC-2水準の技能の修得のために 必要とされる個別の技能/技術等	技能修得のために主体的に診療に携わる 研修予定症例数(計画年度別)			所属医療機関 の年間見込み 症例数
	1年目	2年目	3年目	
冠動脈造影	120件	120件	120件	500件
経皮的冠動脈インターベンション(助手)	120件	120件	120件	350件
経皮的冠動脈インターベンション(術者)	80件	100件	100件	350件
ペースメーカー植え込み(術者)	10件	10件	10件	100件
ECMO/IMPELLA	3件	5件	5件	15件
TAVI(助手)	10件	20件	30件	50件
TAVI(術者)	0件	0件	3件	50件

(4) その他、技能修得のために必要な業務

週1-2回の外来業務、月5回の当直、病棟業務、学会発表 カテーテルレポート、経食道エコー
---

(ウ) 申請した技能分野の当該医療機関におけるC-2水準の指定について

- 指定済     指定申請中     同時申請

(エ) 意思確認

- 当該技能研修計画は、自らの発意に基づき作成しており、作成した技能研修計画書の業務内容は申請技能の向上のために、やむを得ず960時間以上の時間外・休日労働を必要とする。

(医療機関担当者記入欄)     医療機関内の承認手続きを完了



技能研修計画の申請書

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

申請番号	
------	--

※申請者は記載不要

(ア)申請者に関する情報

フリガナ	
氏名	

性別	
生年月日	

申請者の連絡先

電話番号	
e-mail	

医籍番号	
医籍登録年度	2014

技能の修得・維持を予定している医療機関

都道府県		医療機関名	
所属診療科(自由記載)		循環器内科	

保有専門医資格 (複数選択可)

基本19領域		
<input checked="" type="checkbox"/> 01. 内科専門医 <small>(認定内科医) (総合内科専門医)</small>	<input type="checkbox"/> 08. 眼科専門医	<input type="checkbox"/> 15. 臨床検査専門医
<input type="checkbox"/> 02. 小児科専門医	<input type="checkbox"/> 09. 耳鼻咽喉科専門医	<input type="checkbox"/> 16. 救急科専門医
<input type="checkbox"/> 03. 皮膚科専門医	<input type="checkbox"/> 10. 泌尿器科専門医	<input type="checkbox"/> 17. 形成外科領域専門医
<input type="checkbox"/> 04. 精神科専門医	<input type="checkbox"/> 11. 脳神経外科専門医	<input type="checkbox"/> 18. リハビリテーション科専門医
<input type="checkbox"/> 05. 外科専門医	<input type="checkbox"/> 12. 放射線科専門医	<input type="checkbox"/> 19. 総合診療専門医
<input type="checkbox"/> 06. 整形外科専門医	<input type="checkbox"/> 13. 麻酔科専門医	
<input type="checkbox"/> 07. 産婦人科専門医	<input type="checkbox"/> 14. 病理専門医	
その他専門医		
<input type="checkbox"/> 消化器病専門医	<input type="checkbox"/> アレルギー専門医	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医
<input checked="" type="checkbox"/> 循環器専門医	<input type="checkbox"/> 感染症専門医	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科専門医
<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医	<input type="checkbox"/> 老年病専門医	<input type="checkbox"/> 小児外科専門医
<input type="checkbox"/> 血液専門医	<input type="checkbox"/> 神経内科専門医	<input type="checkbox"/> 乳腺専門医
<input type="checkbox"/> 内分泌代謝科専門医	<input type="checkbox"/> リウマチ専門医	<input type="checkbox"/> 内分泌外科専門医
<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医	<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡専門医	<input type="checkbox"/> 放射線診断専門医
<input type="checkbox"/> 腎臓専門医	<input type="checkbox"/> がん薬物療法専門医	<input type="checkbox"/> 放射線治療専門医
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医	<input type="checkbox"/> 消化器外科専門医	
<input type="checkbox"/> その他①	( )	
<input type="checkbox"/> その他②	( )	
<input type="checkbox"/> その他③	( )	

※その他の記入欄が足りない場合は、申請に関わる専門医資格を優先して記載してください。

いずれの専門医資格も保有していない場合、特記すべき事情があれば、下記に記載をしてください。

例：ライフイベントや留学、天災等により、専門医資格を更新できていないため。

(イ) 技能研修計画 ※必ず申請医師本人が記載してください

(1) 研修計画期間 (一度に申請できるのは最長3年)

開始	2024年4月
終了	2027年3月

(2) 技能の内容

領域(基本19領域)	内科
技能名 ※臓器または病態と医療行為を組み合わせ て技能名を作成(例参照)	例: 肝臓に関する移植手術およびその周術期管理 心臓に関するカテーテル処置技術およびその処置前後の管理
C-2水準の対象技能となり得る 技能の考え方 (いずれかを選択)	<input type="radio"/> 医療技術の進歩により新たに登場した、保険未記載の治療・手術技術 <input checked="" type="radio"/> 良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技術
技能の修得にやむを得ず 長時間労働が必要となる根拠 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> 同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ

(3) 当該技能の修得に関する技能の研修予定症例数

申請するC-2水準の技能の修得のために 必要とされる個別の技能/技術等	技能修得のために主体的に診療に携わる 研修予定症例数(計画年度別)			所属医療機関 の年間見込み 症例数
	1年目	2年目	3年目	
冠動脈造影	150 件	75 件	75 件	1800 件
経皮的冠動脈インターベンション(助手)	100 件	50 件	50 件	700 件
経皮的冠動脈インターベンション(術者)	20 件	30 件	50 件	700 件
ECMO/Impella管理	6 件	6 件	6 件	50 件

(4) その他、技能修得のために必要な業務

病棟・集中治療室業務, 月1-2回の当直 および月5回の当直またはオンコール、集中治療専門医取得、インターベンション学会認定医取得 学会発表、学術論文(一部自己研鑽を含む)1-2本/3年 カテーテルレポート、退院サマリー、診断書作成
--

(ウ) 申請した技能分野の当該医療機関におけるC-2水準の指定について

- 指定済   
  指定申請中   
  同時申請

(エ) 意思確認

- 当該技能研修計画は、自らの発意に基づき作成しており、作成した技能研修計画書の業務内容は申請技能の向上のために、やむを得ず960時間以上の時間外・休日労働を必要とする。

(医療機関担当者記入欄)     医療機関内の承認手続きを完了

技能研修計画の申請書

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

申請番号	
------	--

※申請者は記載不要

(ア)申請者に関する情報

フリガナ	
氏名	

性別	
生年月日	

申請者の連絡先

電話番号	
e-mail	

医籍番号	
医籍登録年度	2015

技能の修得・維持を予定している医療機関

都道府県		医療機関名	
所属診療科(自由記載)		消化器内科	

保有専門医資格 (複数選択可)

基本19領域		
<input checked="" type="checkbox"/> 01. 内科専門医 <small>(認定内科医) (総合内科専門医)</small>	<input type="checkbox"/> 08. 眼科専門医	<input type="checkbox"/> 15. 臨床検査専門医
<input type="checkbox"/> 02. 小児科専門医	<input type="checkbox"/> 09. 耳鼻咽喉科専門医	<input type="checkbox"/> 16. 救急科専門医
<input type="checkbox"/> 03. 皮膚科専門医	<input type="checkbox"/> 10. 泌尿器科専門医	<input type="checkbox"/> 17. 形成外科領域専門医
<input type="checkbox"/> 04. 精神科専門医	<input type="checkbox"/> 11. 脳神経外科専門医	<input type="checkbox"/> 18. リハビリテーション科専門医
<input type="checkbox"/> 05. 外科専門医	<input type="checkbox"/> 12. 放射線科専門医	<input type="checkbox"/> 19. 総合診療専門医
<input type="checkbox"/> 06. 整形外科専門医	<input type="checkbox"/> 13. 麻酔科専門医	
<input type="checkbox"/> 07. 産婦人科専門医	<input type="checkbox"/> 14. 病理専門医	
その他専門医		
<input type="checkbox"/> 消化器病専門医	<input type="checkbox"/> アレルギー専門医	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医
<input type="checkbox"/> 循環器専門医	<input type="checkbox"/> 感染症専門医	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科専門医
<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医	<input type="checkbox"/> 老年病専門医	<input type="checkbox"/> 小児外科専門医
<input type="checkbox"/> 血液専門医	<input type="checkbox"/> 神経内科専門医	<input type="checkbox"/> 乳腺専門医
<input type="checkbox"/> 内分泌代謝科専門医	<input type="checkbox"/> リウマチ専門医	<input type="checkbox"/> 内分泌外科専門医
<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医	<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡専門医	<input type="checkbox"/> 放射線診断専門医
<input type="checkbox"/> 腎臓専門医	<input type="checkbox"/> がん薬物療法専門医	<input type="checkbox"/> 放射線治療専門医
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医	<input type="checkbox"/> 消化器外科専門医	
<input type="checkbox"/> その他①	( )	
<input type="checkbox"/> その他②	( )	
<input type="checkbox"/> その他③	( )	

※その他の記入欄が足りない場合は、申請に関わる専門医資格を優先して記載してください。

いずれの専門医資格も保有していない場合、特記すべき事情があれば、下記に記載をしてください。

例: ライフイベントや留学、天災等により、専門医資格を更新できていないため。

(イ) 技能研修計画 ※必ず申請医師本人が記載してください

(1) 研修計画期間 (一度に申請できるのは最長3年)

開始	2024年10月
終了	2027年3月

(2) 技能の内容

領域(基本19領域)	内科
技能名 ※臓器または病態と医療行為を組み合わせ て技能名を作成(例参照)	例: 肝臓に関する移植手術およびその周術期管理 胆膵疾患に関する胆膵内視鏡技術およびその処置前後の管理
C-2水準の対象技能となり得る 技能の考え方 (いずれかを選択)	<input type="radio"/> 医療技術の進歩により新たに登場した、保険未記載の治療・手術技術  <input checked="" type="radio"/> 良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技術
技能の修得にやむを得ず 長時間労働が必要となる根拠 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> 同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない <input type="checkbox"/> その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ

(3) 当該技能の修得に関する技能の研修予定症例数

申請するC-2水準の技能の修得のために 必要とされる個別の技能/技術等	技能修得のために主体的に診療に携わる 研修予定症例数(計画年度別)			所属医療機関 の年間見込み 症例数
	1年目	2年目	3年目	
胆道ERCP(術者)	150件	200件	200件	900件
膵管ERCP(術者)	50件	80件	80件	300件
胆道ERCP(助手)	300件	300件	300件	900件
膵管ERCP(助手)	150件	150件	150件	300件
超音波内視鏡検査(EUS)	150件	150件	150件	600件
EUS-FNA	50件	60件	70件	280件
Interventional EUS(術者)	10件	20件	30件	150件
Interventional EUS(助手)	50件	50件	50件	150件
胆膵内視鏡検査後の患者管理	300件	300件	300件	2230件
経皮的胆道処置	20件	30件	40件	100件

(4) その他、技能修得のために必要な業務

週1回の外来業務・月4回の当直業務・月6回のオンコール 臨床研修医への指導・学会・研究会発表 月1回・学術論文 年5-10本(これらは自己研鑽) 一般医学雑誌への記事記載(年2回) チームカンファレンス(週2回)・内科外科合同カンファレンス(週1回)
--

(ウ) 申請した技能分野の当該医療機関におけるC-2水準の指定について

- 指定済     指定申請中     同時申請

(エ) 意思確認

- 当該技能研修計画は、自らの発意に基づき作成しており、作成した技能研修計画書の業務内容は申請技能の向上のために、やむを得ず960時間以上の時間外・休日労働を必要とする。

(医療機関担当者記入欄)     医療機関内の承認手続きを完了

技能研修計画の申請書

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

申請番号	
------	--

※申請者は記載不要

(ア)申請者に関する情報

フリガナ	
氏名	

性別	
生年月日	

申請者の連絡先

電話番号	
e-mail	

医籍番号	
医籍登録年度	2006

技能の修得・維持を予定している医療機関

都道府県		医療機関名	
所属診療科(自由記載)		臓器移植センター	

保有専門医資格 (複数選択可)

基本19領域		
<input type="checkbox"/> 01. 内科専門医 <small>(認定内科医) (総合内科専門医)</small>	<input type="checkbox"/> 08. 眼科専門医	<input type="checkbox"/> 15. 臨床検査専門医
<input type="checkbox"/> 02. 小児科専門医	<input type="checkbox"/> 09. 耳鼻咽喉科専門医	<input type="checkbox"/> 16. 救急科専門医
<input type="checkbox"/> 03. 皮膚科専門医	<input type="checkbox"/> 10. 泌尿器科専門医	<input type="checkbox"/> 17. 形成外科領域専門医
<input type="checkbox"/> 04. 精神科専門医	<input type="checkbox"/> 11. 脳神経外科専門医	<input type="checkbox"/> 18. リハビリテーション科専門医
<input checked="" type="checkbox"/> 05. 外科専門医	<input type="checkbox"/> 12. 放射線科専門医	<input type="checkbox"/> 19. 総合診療専門医
<input type="checkbox"/> 06. 整形外科専門医	<input type="checkbox"/> 13. 麻酔科専門医	
<input type="checkbox"/> 07. 産婦人科専門医	<input type="checkbox"/> 14. 病理専門医	
その他専門医		
<input type="checkbox"/> 消化器病専門医	<input type="checkbox"/> アレルギー専門医	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医
<input type="checkbox"/> 循環器専門医	<input type="checkbox"/> 感染症専門医	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科専門医
<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医	<input type="checkbox"/> 老年病専門医	<input type="checkbox"/> 小児外科専門医
<input type="checkbox"/> 血液専門医	<input type="checkbox"/> 神経内科専門医	<input type="checkbox"/> 乳腺専門医
<input type="checkbox"/> 内分泌代謝科専門医	<input type="checkbox"/> リウマチ専門医	<input type="checkbox"/> 内分泌外科専門医
<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医	<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡専門医	<input type="checkbox"/> 放射線診断専門医
<input type="checkbox"/> 腎臓専門医	<input type="checkbox"/> がん薬物療法専門医	<input type="checkbox"/> 放射線治療専門医
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医	<input type="checkbox"/> 消化器外科専門医	
<input type="checkbox"/> その他①	( )	
<input type="checkbox"/> その他②	( )	
<input type="checkbox"/> その他③	( )	

※その他の記入欄が足りない場合は、申請に関わる専門医資格を優先して記載してください。

いずれの専門医資格も保有していない場合、特記すべき事情があれば、下記に記載をしてください。

例：ライフイベントや留学、天災等により、専門医資格を更新できていないため。

(イ) 技能研修計画 ※必ず申請医師本人が記載してください

(1) 研修計画期間 (一度に申請できるのは最長3年)

開始	2024年4月
終了	2027年3月

(2) 技能の内容

領域(基本19領域)	外科
技能名 ※臓器または病態と医療行為を組み合わせて技能名を作成(例参照)	例: 肝臓に関する移植手術およびその周術期管理 小児肝臓に関わる移植手術技術およびその周術期管理
C-2水準の対象技能となり得る技能の考え方 (いずれかを選択)	<input type="radio"/> 医療技術の進歩により新たに登場した、保険未記載の治療・手術技術 <input checked="" type="radio"/> 良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技術
技能の修得にやむを得ず長時間労働が必要となる根拠 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> 同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ

(3) 当該技能の修得に関する技能の研修予定症例数

申請するC-2水準の技能の修得のために必要とされる個別の技能/技術等	技能修得のために主体的に診療に携わる研修予定症例数(計画年度別)			所属医療機関の年間見込み症例数
	1年目	2年目	3年目	
ドナー肝切除(第一, 二, 三助手)	10件	15件	20件	60件
移植後のICU管理	20件	30件	40件	120件
術前説明の陪席, 主体となって説明	10件	15件	20件	60件
レシipient手術(第一, 二, 三助手)	10件	15件	20件	60件
肝生検手技	20件	30件	45件	150件
免疫抑制剤の調整	50件	60件	60件	300件

(4) その他、技能修得のために必要な業務

手術レコード作成, ビデオ編集 移植適応評価委員会資料作成, 患者病状説明 臨床研修医, コメディカルに対するレクチャー, カンファレンス参加および準備 外来診療, オンコール(月10回)
---

(ウ) 申請した技能分野の当該医療機関におけるC-2水準の指定について

- 指定済     指定申請中     同時申請

(エ) 意思確認

- 当該技能研修計画は、自らの発意に基づき作成しており、作成した技能研修計画書の業務内容は申請技能の向上のために、やむを得ず960時間以上の時間外・休日労働を必要とする。

(医療機関担当者記入欄)     医療機関内の承認手続きを完了

技能研修計画の申請書

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

申請番号	
------	--

※申請者は記載不要

(ア)申請者に関する情報

フリガナ	
氏名	

性別	
生年月日	

申請者の連絡先

電話番号	
e-mail	

医籍番号	
医籍登録年度	2011

技能の修得・維持を予定している医療機関

都道府県		医療機関名	
所属診療科(自由記載)		脳神経外科	

保有専門医資格 (複数選択可)

基本19領域		
<input type="checkbox"/> 01. 内科専門医 <small>(認定内科医) (総合内科専門医)</small>	<input type="checkbox"/> 08. 眼科専門医	<input type="checkbox"/> 15. 臨床検査専門医
<input type="checkbox"/> 02. 小児科専門医	<input type="checkbox"/> 09. 耳鼻咽喉科専門医	<input type="checkbox"/> 16. 救急科専門医
<input type="checkbox"/> 03. 皮膚科専門医	<input type="checkbox"/> 10. 泌尿器科専門医	<input type="checkbox"/> 17. 形成外科領域専門医
<input type="checkbox"/> 04. 精神科専門医	<input checked="" type="checkbox"/> 11. 脳神経外科専門医	<input type="checkbox"/> 18. リハビリテーション科専門医
<input type="checkbox"/> 05. 外科専門医	<input type="checkbox"/> 12. 放射線科専門医	<input type="checkbox"/> 19. 総合診療専門医
<input type="checkbox"/> 06. 整形外科専門医	<input type="checkbox"/> 13. 麻酔科専門医	
<input type="checkbox"/> 07. 産婦人科専門医	<input type="checkbox"/> 14. 病理専門医	
その他専門医		
<input type="checkbox"/> 消化器病専門医	<input type="checkbox"/> アレルギー専門医	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医
<input type="checkbox"/> 循環器専門医	<input type="checkbox"/> 感染症専門医	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科専門医
<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医	<input type="checkbox"/> 老年病専門医	<input type="checkbox"/> 小児外科専門医
<input type="checkbox"/> 血液専門医	<input type="checkbox"/> 神経内科専門医	<input type="checkbox"/> 乳腺専門医
<input type="checkbox"/> 内分泌代謝科専門医	<input type="checkbox"/> リウマチ専門医	<input type="checkbox"/> 内分泌外科専門医
<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医	<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡専門医	<input type="checkbox"/> 放射線診断専門医
<input type="checkbox"/> 腎臓専門医	<input type="checkbox"/> がん薬物療法専門医	<input type="checkbox"/> 放射線治療専門医
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医	<input type="checkbox"/> 消化器外科専門医	
<input type="checkbox"/> その他①	( )	
<input type="checkbox"/> その他②	( )	
<input type="checkbox"/> その他③	( )	

※その他の記入欄が足りない場合は、申請に関わる専門医資格を優先して記載してください。

いずれの専門医資格も保有していない場合、特記すべき事情があれば、下記に記載をしてください。

例: ライフイベントや留学、天災等により、専門医資格を更新できていないため。
--

(イ) 技能研修計画 ※必ず申請医師本人が記載してください

(1) 研修計画期間 (一度に申請できるのは最長3年)

開始	2024年4月
終了	2027年3月

(2) 技能の内容

領域(基本19領域)	脳神経外科
技能名 ※臓器または病態と医療行為を組み合わせ て技能名を作成(例参照)	例: 肝臓に関する移植手術およびその周術期管理 脳腫瘍に関わる手術顕微鏡を用いた腫瘍摘出術およびその周術期管理
C-2水準の対象技能となり得る 技能の考え方 (いずれかを選択)	<input type="radio"/> 医療技術の進歩により新たに登場した、保険未記載の治療・手術技術  <input checked="" type="radio"/> 良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技術
技能の修得にやむを得ず 長時間労働が必要となる根拠 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> 同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない <input checked="" type="checkbox"/> その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ

(3) 当該技能の修得に関する技能の研修予定症例数

申請するC-2水準の技能の修得のために 必要とされる個別の技能/技術等	技能修得のために主体的に診療に携わる 研修予定症例数(計画年度別)			所属医療機関 の年間見込み 症例数
	1年目	2年目	3年目	
転移性脳腫瘍の摘出術(術者)	10件	10件	15件	30件
髄膜種の摘出術(助手)	10件	0件	0件	30件
髄膜種の摘出術(術者)	5件	10件	15件	30件
神経膠腫の摘出術(助手)	10件	5件	5件	10件
神経膠腫の摘出術(術者)	0件	5件	5件	10件
頭蓋底手術(助手)	10件	10件	10件	10件
脳血管障害関連の開頭手術(助手または術者)	100件	150件	150件	200件

(4) その他、技能修得のために必要な業務

救急初療のファースト対応及び入院対応(週に1日の休みを除き毎日) 手術レコード作成 手術ビデオ編集 学会発表の準備
--

(ウ) 申請した技能分野の当該医療機関におけるC-2水準の指定について

- 指定済     指定申請中     同時申請

(エ) 意思確認

- 当該技能研修計画は、自らの発意に基づき作成しており、作成した技能研修計画書の業務内容は申請技能の向上のために、やむを得ず960時間以上の時間外・休日労働を必要とする。

(医療機関担当者記入欄)     医療機関内の承認手続きを完了