

C-2水準に係る技能研修計画の申請書（1人1計画）

システム上で入力した技能研修計画をPDFダウンロードすると、本様式にて出力されます。

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		性別	
氏名		生年月日	年 月 日

申請者の連絡先

電話番号		医籍番号	
e-mail		医籍登録年度	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）			

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 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		

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

(1) 研修計画期間（一度に申請できるのは最長3年）

開始	年 月 日
終了	年 月 日

研修期間： 年 ヶ月

(2) 技能の内容

領域（基本19領域）	
技能名	
C-2水準の対象技能となり得る技能の考え方	<input type="checkbox"/> 医療技術の進歩により新たに登場した、保険未収載の治療・手術技術 <input type="checkbox"/> 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 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	
	件	件	件	件
	件	件	件	件
	件	件	件	件
	件	件	件	件
	件	件	件	件
	件	件	件	件
	件	件	件	件
	件	件	件	件
	件	件	件	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。

医療機関内の承認手続きを完了

C-2水準に係る技能研修計画の申請書（1人1計画）

システム上で入力した技能研修計画をPDFダウンロードすると、本様式にて出力されます。

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		性別	
氏名		生年月日	年 月 日

申請者の連絡先

電話番号		医籍番号	
e-mail		医籍登録年度	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）			

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. 皮膚科専門医
<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		

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

申請者に関する情報

氏名、連絡先、医籍番号、医籍登録年度等

研修予定医療機関に関する情報

都道府県、医療機関名等

申請者の保有専門医資格

基本19領域専門医等
選択肢が無い場合、その他の欄へ自由記載

専門医資格を保有していない場合に、特記すべき事情

C-2水準の対象技能と
なり得る技能の考え方

- 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
- 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

申請するC-2水準の技能の修得のために
所属医療機関の年間
研修予定症例数（計画年度別）

	件	件	件	件
	件	件	件	件
	件	件	件	件
	件	件	件	件

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。

医療機関内の承認手続きを完了

