

臨床研修協力施設概況表－1－

医療機関用

記入日：西暦 2025 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。		031216		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：伊東市民病院群 番号 3																	
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 アベ エミコ 氏名（姓） 阿部 （名） えみ子		所属 事務部長 （内線 101） （直通電話（0225）53—5511） e-mail: emikoabe@jadecom.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 村ガワチヨウチヨウ センター 女川町地域医療センター																					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒 986-2243 （宮城 都・道・府・県） 牡鹿郡女川町鷺神浜字堀切山 107 番地 1 電話：(0225) 53—5511 F A X：(0225) 53—5521																					
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 村ガワチヨウチヨウ スタッフ ヨシキ 女川町長 須田 善明																					
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）		〒 986-2243 （宮城 都・道・府・県） 牡鹿郡女川町女川一丁目 1 番地 1 電話：(0225) 54—3131 F A X：(0225) 53—5482																					
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 サイトウ ミツル 姓 齋藤 名 充				役職名：センター長																	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		フリガナ サイトウ ミツル 姓 齋藤 名 充				役職名：センター長																	
7. 施設のホームページアドレス		https:// onagawahp. jadecom. or. jp																					
		※																					
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全てに○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。		<p>標榜診療科（番号に○をつけてください。）</p> <p>①.内科 2.呼吸器内科 3.循環器内科 4.消化器内科（胃腸内科） 5.腎臓内科 6.脳神経内科 7.糖尿病内科（代謝内科） 8.血液内科 ⑨.皮膚科 10.アレルギー科 11.リウマチ科 12.感染症内科 ⑬.小児科 14.精神科 15.心療内科 ⑯.外科 17.呼吸器外科 18.心臓血管外科 19.乳腺外科 20.気管食道外科 21.消化器外科（胃腸外科） 22.泌尿器科 23.肛門外科 24.脳神経外科 ⑳.整形外科 26.形成外科 27.美容外科 ㉒.眼科 29.耳鼻いんこう科 30.小児外科 31.産婦人科 32.産科 33.婦人科 34.リハビリテーション科 35.放射線科 36.麻酔科 37.病理診断科 38.臨床検査科 39.救急科 99.その他（次に記入してください。）</p> <table border="1"> <tr> <td>991</td> <td>科</td> <td>992</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>993</td> <td>科</td> <td>994</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>995</td> <td>科</td> <td>996</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>997</td> <td>科</td> <td>998</td> <td>科</td> </tr> </table>						991	科	992	科	993	科	994	科	995	科	996	科	997	科	998	科
991	科	992	科																				
993	科	994	科																				
995	科	996	科																				
997	科	998	科																				

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：

臨床研修協力施設の名称：

9. 救急医療の提供の実績	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	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 (36.0) m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 378 件（うち診療時間外： 357 件） 1日平均件数： 1.0 件（うち診療時間外：1.0 件） 救急車取扱件数： 31 件（うち診療時間外： 0 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 0 名、看護師及び准看護師： 2 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 ① 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： 15 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： 56.0 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： 1 戸、世帯用： 1 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 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： 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 ① 無）、 教育用コンテンツ（1. 有 ① 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 ① 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－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：031216

臨床研修協力施設の名称： 女川町地域医療センター

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 16 日

病院施設番号 <small>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。</small>	031589	臨床研修病院群の名称 <small>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。</small>	名称： <u>伊東市民病院群</u> 番号： 3	
作成責任者の氏名及び連絡先 <small>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。</small>	フリガナ ウエノ ヒロキ 氏名（姓） 上野 （名） 宏樹	所属 事務部 役職 事務次長	（内線 950 ） （直通電話 (0778) 36 — 1000 ） e-mail: hirokiu@jadecom.jp <small>（携帯電話のメールアドレスは不可とします。）</small>	
1. 臨床研修協力施設の名称	フリガナ イチゼンチョウコクミンケンコウケンオヒョウイン 越前町国民健康保険織田病院			
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 916-0215 （ 福井 都・道・府・ 県 ） 福井県丹生郡越前町織田 106-44-1 電話：(0778) 36 — 1000 F A X：(0778) 36 — 1001			
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 イチゼンチョウチョウ カダ ヒロキ 越前町長 高田 浩樹			
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）	〒 916-0192 （ 福井 都・道・府・ 県 ） 福井県丹生郡越前町西田中 13-5-1 電話：(0778) 34 — 1234 F A X：(0778) 34 — 1236			
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 ツムギ 姓 津向	フリガナ ノブヤ 名 伸哉	役職名： 管理者	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ ネト 姓 根本	フリガナ トモキ 名 朋幸	役職名： 病院長	
7. 施設のホームページアドレス	http://ota.jadecom.or.jp			
※				
8. 診療科名 <small>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全てに○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。</small>	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（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 ⑬ 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 ⑬ 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） ⑳ 泌尿器科 ㉑ 肛門外科 ㉒ 脳神経外科 ㉓ 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 ㉔ 眼科 ㉕ 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 ㉖ リハビリテーション科 ㉗ 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他（次に記入してください。）			
	991	科	992	科
	993	科	994	科
	995	科	996	科
	997	科	998	科

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

病院施設番号： 031589

臨床研修協力施設の名称： 越前町国民健康保険織田病院

9. 救急医療の提供の実績	救急病院認定の告示	告示年月日：西暦 2023年 2月 1日、告示番号：第 55号
	医療計画上の位置付け	番号に○をつけてください。 1. 初期救急医療機関 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1. 有（ ）m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 1536 件（うち診療時間外： 1393 件） 1日平均件数： 4.2 件（うち診療時間外： 3.8 件） 救急車取扱件数： 250 件（うち診療時間外： 107 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 1名、看護師及び准看護師： 1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 <input checked="" type="radio"/> 有 0. 無) 外科系 <input checked="" type="radio"/> 有 0. 無)、 小児科 <input checked="" type="radio"/> 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： 55 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： 15.6 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 <input checked="" type="radio"/> 1. 有 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1. 有 (单身用： 2 戸、世帯用： 2 戸) 0. 無 (住宅手当： 円) 有を選択した場合には、单身用・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) <input checked="" type="radio"/> 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	(28.7) m ²
	医学図書数	国内図書： 627 冊、国外図書： 9 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 18 種類、国外雑誌： 1 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 <input checked="" type="radio"/> 0. 無)、 教育用コンテンツ <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： _____

臨床研修協力施設の名称： _____

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 16 日

病院施設番号 <small>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。</small>	031676	臨床研修病院群の名称 <small>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。</small>	名称：伊東市民病院群 番号 3										
作成責任者の氏名及び連絡先 <small>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。</small>	フリガナ クボ サトシ 氏名（姓） （名） 久保 諭志	所属 総務課 役職 係長	（内線 606） （直通電話（ ） — （ ）） e-mail: kubos@jadecom.jp <small>（携帯電話のメールアドレスは不可とします。）</small>										
1. 臨床研修協力施設の名称	フリガナ コウキキヤクンホクジツン チキリョウシコウキョウカイ アマミンビョウイン 公益社団法人 地域医療振興協会 あま市民病院												
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 490 — 1111 （愛知 都・道・府・市） 愛知県あま市基目寺畔田 1 番地 電話：(052) 444-0050 FAX：(052) 444-0337												
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 アマシヨウ ムラカミ コウジ あま市長 村上 浩司												
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）	〒 497 — 8602 （愛知 都・道・府・市） 愛知県あま市七宝町沖之島深坪 1 番地 電話：(052) 444-1001 FAX：(052) 441-8330												
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 ウメヤ 姓 梅屋	ナン カシ 名 崇	役職名： 管理者										
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ カメタニ 姓 亀谷	リョウスケ 名 良介	役職名： 東海循環器疾患総合治療センター長										
7. 施設のホームページアドレス	http://www.amahosp.jp												
※													
8. 診療科名 <small>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。</small>	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 ⑩整形外科 ⑪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 ⑮泌尿器科 26.産婦人科 27.産科 ⑯婦人科 ⑰眼科 ⑳耳鼻咽喉科 ㉑リハビリテーション科 ㉒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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">901 麻酔 科</td> <td style="width: 50%;">902 歯科口腔外科 科</td> </tr> <tr> <td>903 科</td> <td>904 科</td> </tr> <tr> <td>905 科</td> <td>906 科</td> </tr> <tr> <td>907 科</td> <td>908 科</td> </tr> <tr> <td>909 科</td> <td>910 科</td> </tr> </table>			901 麻酔 科	902 歯科口腔外科 科	903 科	904 科	905 科	906 科	907 科	908 科	909 科	910 科
901 麻酔 科	902 歯科口腔外科 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： _____

臨床研修協力施設の名称： _____

9. 救急医療の提供の実績	救急病院認定の告示	告示年月日：西暦 2024 年 11 月 3 日、告示番号：第431号
	医療計画上の位置付け	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 (30.07) m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 3,671件（うち診療時間外： 3,476件） 1日平均件数： 10.0件（うち診療時間外： 9.5件） 救急車取扱件数： 2,098件（うち診療時間外： 1,378件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 1名、看護師及び准看護師： 3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： 180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： 15.7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： 0 件、異常分娩件数： 0 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： 0 回、今年度見込： 1 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： 0 件、今年度見込： 3 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： 1 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 (_____ 室) ②. 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	(15.14) m ²
	医学図書数	国内図書： 300 冊、国外図書： 0 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 15 種類、国外雑誌： 0 種類
	図書室の利用可能時間	0 : 00 ~ 23 : 59 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 ~ 23 : 59) 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－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： _____

臨床研修協力施設の名称： _____

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 12 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。	033347		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：伊東市民病院群 番号：3
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 カワ カツ 氏名（姓） 小川 氏名（姓） 勝也	所属 事務 役職	(内線) (直通電話 (0585) 54 - 2231) e-mail: ibi-ymbk@octn.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 イビグンホクセイブチイキリョウセンター 揖斐郡北西部地域医療センター			
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 501-0702 (岐阜 都・道・府・県) 揖斐郡揖斐川町東津汲 877-1 電話：(0585) 54 - 2231 FAX：(0585) 54 - 2235			
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 イビガワチョウチョウ オカベエイチ 揖斐川町長 岡部 栄一			
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）	〒 501-0619 (岐阜 都・道・府・県) 揖斐郡揖斐川町三輪 133 番地 電話：(0585) 22 - 2211 FAX：(0585) 22 - 4496			
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 ヨコタ シュウイチ 姓 横田	姓 修一	役職名： センター長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ ヨコタ シュウイチ 姓 横田	名 修一	役職名： センター長	
7. 施設のホームページアドレス	http://yamabiko.jadecom.or.jp/			
		※		
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全てに○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（胃腸内科） 5.腎臓内科 6.脳神経内科 7.糖尿病内科（代謝内科） 8.血液内科 ⑨.皮膚科 10.アレルギー科 11.リウマチ科 12.感染症内科 ⑬.小児科 14.精神科 15.心療内科 16.外科 17.呼吸器外科 18.心臓血管外科 19.乳腺外科 20.気管食道外科 21.消化器外科（胃腸外科） 22.泌尿器科 23.肛門外科 ⑭.脳神経外科 ⑮.整形外科 26.形成外科 27.美容外科 28.眼科 ⑲.耳鼻いんこう科 30.小児外科 31.産婦人科 32.産科 33.婦人科 ⑳.リハビリテーション科 35.放射線科 36.麻酔科 37.病理診断科 38.臨床検査科 39.救急科 99.その他 （次に記入してください。）			
	991	科	992	科
	993	科	994	科
	995	科	996	科
	997	科	998	科

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：033347

臨床研修協力施設の名称：揖斐郡北西部地域医療センター

9. 救急医療の提供の実績	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	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： 1名、看護師及び准看護師： 1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 <small>（産婦人科の研修がある場合のみ）</small>		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 <small>（臨床病理検討会を実施している場合のみ）</small>	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： 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 (5 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	(48) m ²
	医学図書数	国内図書： 300 冊、国外図書： 200 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 2 種類、国外雑誌： 0 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 ① 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 <small>（精神科の研修を行う施設については記入してください。）</small>		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： 0 3 3 3 4 7

臨床研修協力施設の名称： 揖斐郡北西部地域医療センター

		※			
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：伊東市民病院地域医療指向プログラム・伊東市民病院地域医療重点プログラム プログラム番号： _____		
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)	二年次の支給額 (税込み)	
		賞与/年 (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				
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)				
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：)				

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 0 3 3 3 4 7

臨床研修協力施設の名称： 揖斐郡北西部地域医療センター

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025年4月17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。	034228		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：伊東市民病院群 番号 3																
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 ががハ ミ 氏名（姓） 我那覇 （名） 美穂	所属 総務 役職	〒907-1801 沖縄県八重山郡与那国町与那国 125-1 (直通電話 (0980) 87 - 2250 e-mail: mihoga@jadecom.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 コウキキヤクダシヨウケン チイリヨウシヨウキョウカイ ヨナグニチヨウシヨウジヨ 公益社団法人地域医療振興協会 与那国町診療所																			
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 907-1801 沖縄県八重山郡与那国町与那国 125-1 電話：(0980) 87 - 2250 FAX：(0980) 87 - 2541																			
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 ヨナグニチヨウチヨウ イトカス ケンイチ 与那国町長 糸数 健一																			
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）	〒 907-1801 沖縄県八重山郡与那国町与那国 129 電話：(0980) 87 - 2241 FAX：(0980) 87 - 2079																			
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 アベ 姓 阿部	名 ジロウ 二郎	役職名：所長																	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ アベ 姓 阿部	名 ジロウ 二郎	役職名：所長																	
7. 施設のホームページアドレス	http://yonaguni.jadecom.or.jp/																			
※																				
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全てに○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。	<p>標榜診療科（番号に○をつけてください。）</p> <p>1. 内科 2. 呼吸器内科 3. 循環器内科 4. 消化器内科（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 13. 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 16. 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 25. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他（次に記入してください。）</p> <table border="1"> <tr> <td>991</td> <td>科</td> <td>992</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>993</td> <td>科</td> <td>994</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>995</td> <td>科</td> <td>996</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>997</td> <td>科</td> <td>998</td> <td>科</td> </tr> </table>				991	科	992	科	993	科	994	科	995	科	996	科	997	科	998	科
991	科	992	科																	
993	科	994	科																	
995	科	996	科																	
997	科	998	科																	

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：034228

臨床研修協力施設の名称：与那国町診療所

9. 救急医療の提供の実績	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	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 <small>（産婦人科の研修がある場合のみ）</small>		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 <small>（臨床病理検討会を実施している場合のみ）</small>	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） <input type="checkbox"/> 0. 無（住宅手当： _____ 円） <small>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。</small>
	研修医室	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 (1 室) 0. 無 <small>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。</small>
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： _____ 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 <input type="checkbox"/> 無）、 教育用コンテンツ（1. 有 <input type="checkbox"/> 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 <small>（精神科の研修を行う施設については記入してください。）</small>		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－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 034228

臨床研修協力施設の名称： 与那国町診療所

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 11 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。	034261	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：伊東市民病院群 番号 3	
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 ヨシタ トモミ 氏名（姓）（名） 吉田 朋美	所属 事務部 役職 医局秘書	(内線 202) (直通電話 (0175) 28-5111) e-mail : tomomiy9@jadecom.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 イチブジウムミアイシモキタイリョウセンター ヒガシドオリムラシンリョウジョ 一部事務組合下北医療センター 東通村診療所			
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 039-4222 青森県下北郡東通村大字砂子又字里 17 番地 2 電話：(0175) 28-5111 F A X：(0175) 28-5601			
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 イチブジウムミアイシモキタイリョウセンター カンリシャ ヤマモト トモヤ 一部事務組合下北医療センター 管理者 山本 知也			
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）	〒 035-0071 青森県むつ市小川町 1 丁目 2 番 8 号 電話：(0175) 22-2111 F A X：(0175) 22-4439			
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 カワラダ 姓 川原田	ヒサシ 名 恒	役職名：所長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ カワラダ 姓 川原田	ヒサシ 名 恒	役職名：所長	
7. 施設のホームページアドレス	http://higashidori.jadecom.or.jp/			
		※		
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全てに○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（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 ⑬. 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 ⑭. 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 ⑮. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他（次に記入してください。）			
	991	科	992	科
	993	科	994	科
	995	科	996	科
	997	科	998	科

臨床研修協力施設概況表－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 034261 臨床研修協力施設の名称： 一部事務組合下北医療センター 東通村診療所

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 18 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。	034339	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：伊東市民病院群 番号 3																
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 カワムラ ユウ 氏名（姓） 川村 氏名（姓） 優	所属 総務課 役職 課長	(内線 110) (直通電話 (0242) 74 -1230) e-mail: kwamuray@jadecom.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 バンダ イマホクインリョウクセンター 磐梯町保健医療福祉センター																		
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 9 6 9 - 3 3 0 1 (福島県) 耶麻郡磐梯町大字磐梯字諏訪山 2926 番地 電話：(0242) 73 - 2110 FAX：(0242) 73 - 3563																		
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 バンダ イマホクインリョウクセンター 磐梯町長 佐藤 淳一																		
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）	〒 9 6 9 - 3 3 0 1 (福島県) 耶麻郡磐梯町大字磐梯字中ノ橋 1855 電話：(0242) 74 - 1221 FAX：(0242) 73 - 2115																		
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 姓 屋島	フリガナ ハルミツ 名 治光	役職名：センター長																
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ ヤマ 姓 屋島	フリガナ ハルミツ 名 治光	役職名：センター長																
7. 施設のホームページアドレス	https://www.bandai.gr.jp																		
※																			
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全てに○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。	<p>標榜診療科（番号に○をつけてください。）</p> <p>1. 内科 2. 呼吸器内科 3. 循環器内科 4. 消化器内科（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 13. 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 16. 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 25. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他（次に記入してください。）</p> <table border="1"> <tr> <td>991</td> <td>科</td> <td>992</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>993</td> <td>科</td> <td>994</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>995</td> <td>科</td> <td>996</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>997</td> <td>科</td> <td>998</td> <td>科</td> </tr> </table>			991	科	992	科	993	科	994	科	995	科	996	科	997	科	998	科
991	科	992	科																
993	科	994	科																
995	科	996	科																
997	科	998	科																

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：034339

臨床研修協力施設の名称：警梯町保健医療福祉センター

9. 救急医療の提供の実績	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	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（ 19.020 ）m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 355 件（うち診療時間外： 355 件） 1日平均件数： 0.8 件（うち診療時間外： 0.8 件） 救急車取扱件数： 20 件（うち診療時間外： 12 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 1 名、看護師及び准看護師： 2 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： 19 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： 15.8 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 <small>（産婦人科の研修がある場合のみ）</small>		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 <small>（臨床病理検討会を実施している場合のみ）</small>	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： 1 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. 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	（ 34.32 ）m ²
	医学図書数	国内図書： 50 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	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（ ）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 ①. 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 <small>（精神科の研修を行う施設については記入してください。）</small>		精神保健福祉士： 0 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 名） 作業療法士： 0 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 名） 臨床心理技術者： 0 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 名） その他の精神科技術職員： 0 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 名）

臨床研修協力施設概況表－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：034339

臨床研修協力施設の名称：磐梯町保健医療福祉センター

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 8 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。	034342	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：伊東市民病院群 番号 3	
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 ソネ カズヒロ 氏名（姓） 曾根 （名） 一浩	所属 事務部 役職 課長補佐	（内線 246） （直通電話（ ） — ） e-mail : kazuhimos@jadecom.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 コウセイシヨウケンリョウセンター 公設宮代福祉医療センター			
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 345 — 0831 （ 埼玉 都・道・府・ <u>県</u> ） 南埼玉郡宮代町須賀 177 電話：（ 0480 ） 36 - 2760 FAX：(0480) 36 — 2761			
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 ミヤノマチ チョウチョウ アライ ヤスキ 宮代町 町長 新井 康之			
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）	〒 345 — 0831 （ 埼玉 都・道・府・ <u>県</u> ） 南埼玉郡宮代町笠原 1-4-1 電話：(0480) 34 — 1111 FAX：(0480) 34 — 7820			
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 イシ ヒデトシ 姓 石井	名 英利	役職名： センター長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ イシ ヒデトシ 姓 石井	名 英利	役職名： センター長	
7. 施設のホームページアドレス	https://www.rikka-jadecom.jp			
		※		
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全てに○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（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 13. 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 16. <u>外科</u> 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 25. <u>整形外科</u> 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 30. <u>小児外科</u> 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他（次に記入してください。）			
	991	科	992	科
	993	科	994	科
	995	科	996	科
	997	科	998	科

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号： 〇 3 4 3 4 2

臨床研修協力施設の名称： 公設宮代福祉医療センター

9. 救急医療の提供の実績	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	番号に〇をつけてください。 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： _____ 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： _____ 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 (_____) 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： 0 3 4 3 4 2

臨床研修協力施設の名称： 公設宮代福祉医療センター

		※		
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：伊東市民病院地域医療指向プログラム・伊東市民病院地域医療重点プログラム プログラム番号： _____	
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 ()) ②. 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	
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)		
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：)		

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 034342

臨床研修協力施設の名称： 公設宮代福祉医療センター

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 日

病院施設番号 <small>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。</small>	034344	臨床研修病院群の名称 <small>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。</small>	名称：伊東市民病院群 番号 3
作成責任者の氏名及び連絡先 <small>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。</small>	フリガナ ウワベ シュウイチ 氏名(姓) (名) 上部 修一	所属 小笠原村 医療課 (内線 10) 役職 課長補佐 診療所係長 (直通電話 (04998) 2 - 3800) e-mail : uwabe@vill.ogasawara.tokyo.jp <small>(携帯電話のメールアドレスは不可とします。)</small>	
1. 臨床研修協力施設の名称	フリガナ オガサワラクリニック 小笠原村診療所		
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 100-2101 (東京 都・道・府・県) 小笠原村父島字清瀬 電話：04998-2-3800 FAX：04998-2-2768		
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 オガサワラクリニック シンヤ マサキ 小笠原村長 渋谷 正昭		
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)	〒100-2101 (東京 都・道・府・県) 小笠原村父島字西町 電話：04998-2-3111 FAX：04998-2-3222		
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 カマキ 姓 亀崎	マコト 名 真	役職名：小笠原村診療所所長
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ カマキ 姓 亀崎	マコト 名 真	役職名：小笠原村診療所所長
7. 施設のホームページアドレス	http://www.ogasawaraclinic.jp/		
※			
8. 診療科名 <small>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全てに○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。</small>	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 (胃腸内科) 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科 (代謝内科) 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 ⑬ 小児科 ⑭ 精神科 15. 心療内科 ⑯ 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科 (胃腸外科) 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 ⑵ 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 ⑳ 眼科 ㉑ 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 ⑳ 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他 (次に記入してください)		
	991 科	992 科	
	993 科	994 科	
	995 科	996 科	
	997 科	998 科	

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号： 034344

臨床研修協力施設の名称： 小笠原村診療所

9. 救急医療の提供の実績	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	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 <input checked="" type="radio"/> 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 600 件（うち診療時間外： 600 件） 1日平均件数： 1.6 件（うち診療時間外： 1.6 件） 救急車取扱件数： 25 件（うち診療時間外： 15 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 1 名、看護師及び准看護師： 1 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： 9 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： 4 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 <small>（産婦人科の研修がある場合のみ）</small>		正常分娩件数： 0 件、異常分娩件数： 0 件
14. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 <small>（臨床病理検討会を実施している場合のみ）</small>	開催回数	前年度実績： 0 回、今年度見込： 0 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： 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 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	<input checked="" type="radio"/> 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) <input checked="" type="radio"/> 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	(0) 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 () 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 <small>（精神科の研修を行う施設については記入してください。）</small>		精神保健福祉士： 0 名（常勤： 名、非常勤： 名） 作業療法士： 0 名（常勤： 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 0 名（常勤： 名、非常勤： 名） その他の精神科技術職員： 0 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： 034344

臨床研修協力施設の名称： 小笠原村診療所

		※		
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：伊東市民病院地域医療指向プログラム・伊東市民病院地域医療重点プログラム プログラム番号：_____	
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 ()) ①. 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	
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)		
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：)		

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－ 4 －

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 034344

臨床研修協力施設の名称： 小笠原村診療所

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 10 日

病院施設番号 <small>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。</small>		034346		臨床研修病院群の名称 <small>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。</small>		名称：伊東市民病院群 番号 3	
作成責任者の氏名及び連絡先 <small>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。</small>		フリガナ スズキ タツヤ 氏名（姓）（名） スズキ 龍也		所属 役職		（内線） （直通電話（04992） 8—0010） e-mail: suzuki_tatsuya@vill.kouzushima.tokyo.jp <small>（携帯電話のメールアドレスは不可とします。）</small>	
1. 臨床研修協力施設の名称		フリガナ トウキョウトコウツ シムラコクミンケンコウケンチョウケイシヨウシヨ 東京都神津島村国民健康保険直営診療所					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒 □□□ — □□□□□ (東京 (都) 道・府・県) 1 0 0 — 0 6 0 1 神津島村 1009 番地 1 電話：(04992) 8—0010 FAX：(04992) 8—1943					
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 トウキョウトコウツ シマシヨウ マダ ヒロシ 東京都神津島村長 前田 弘					
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）		〒 □□□ — □□□□□ (東京 (都) 道・府・県) 1 0 0 — 0 6 0 1 神津島村 904 番地 電話：(04992) 8—0011 FAX：(04992) 8—1242					
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 オハヤシ 姓 大林		ヲイ 名 由依		役職名： 所長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		フリガナ オハヤシ 姓 大林		ヲイ 名 由依		役職名： 所長	
7. 施設のホームページアドレス		http://					
		※					
8. 診療科名 <small>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全てに○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。</small>		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（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 13. 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 16. 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 25. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他（次に記入してください。）					
		991 総合診療 科		992 科			
		993 科		994 科			
		995 科		996 科			
		997 科		998 科			

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：034346 臨床研修協力施設の名称：東京都神津島村国民健康保険直営診療所

9. 救急医療の提供の実績	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	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： 6 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： 2.8 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： 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（ ） 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－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：034346 臨床研修協力施設の名称：東京都神津島村国民健康保険直営診療所

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 1 日

病院施設番号 <small>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。</small>	034962	臨床研修病院群の名称 <small>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。</small>	名称：伊東市民病院群 番号 3	
作成責任者の氏名及び連絡先 <small>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。</small>	フリガナ ハマグチ キヨ 氏名（姓） 浜口 （名） 絹代	所属 役職	（内線 5132 ） （直通電話（098）985 — 5555 ） e-mail: kinuyoh@jadecom.jp <small>（携帯電話のメールアドレスは不可とします。）</small>	
1. 臨床研修協力施設の名称	フリガナ コウエキシャダンハウジンチイキイリョウシンコウキョウカイ コウリツクメジマビョウイン 公益社団法人地域医療振興協会 公立久米島病院			
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 901-3121 （ 沖縄 都・道・府・ 県 ） 島尻郡久米島町字嘉手苅 572-3 電話：（ ） — FAX：（ ） —			
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 オキナワケンリトウイリョウクミアイ 沖縄県離島医療組合			
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）	〒 901-3123 （ 沖縄 都・道・府・ 県 ） 島尻郡久米島町字大田 584-1 電話：（ ） — FAX：（ ） —			
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 ナミキ 姓 並木	ヒロフミ 名 宏文	役職名： 管理者兼病院長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ ナミキ 姓 並木	ヒロフミ 名 宏文	役職名： 管理者兼病院長	
7. 施設のホームページアドレス	https://www.kph-kumejima-jadecom.jp/			
8. 診療科名 <small>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全てに○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。</small>	※	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（胃腸内科） ⑤ 腎臓内科 ⑥ 脳神経内科 ⑦ 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 ⑨ 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 ⑬ 小児科 14. 精神科 ⑮ 心療内科 ⑯ 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） ⑳ 泌尿器 科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 ㉕ 整形外科 26. 形成外科 27. 美容 外科 ㉘ 眼科 ㉙ 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 ㉛ 産婦人科 32. 産 科 33. 婦人科 ㉜ リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他（次に記入してく ださい。）		
	991	科	992	科
	993	科	994	科
	995	科	996	科
	997	科	998	科

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：034962

臨床研修協力施設の名称：公立久米島病院

9. 救急医療の提供の実績	救急病院認定の告示	告示年月日：西暦 2023年 3月 24日、告示番号：第 151号
	医療計画上の位置付け	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 (20) m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 2,220 件（うち診療時間外： 1,473 件） 1日平均件数： 6.1 件（うち診療時間外： 4.0 件） 救急車取扱件数： 382 件（うち診療時間外： 268 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 1 名、看護師及び准看護師： 1 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： 40 床、2. 精神： 0 床、3. 感染症： 0 床 4. 結核： 0 床、5. 療養： 0 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： 10.7 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： 0 件、異常分娩件数： 0 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： 0 回、今年度見込： 0 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 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。
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： 1 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 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	(0) m ²
	医学図書数	国内図書： 0 冊、国外図書： 0 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 0 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 ① 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 ① 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： 0 名 (常勤： 0 名、非常勤： 0 名) 作業療法士： 0 名 (常勤： 0 名、非常勤： 0 名) 臨床心理技術者： 1 名 (常勤： 0 名、非常勤： 1 名) その他の精神科技術職員： 0 名 (常勤： 0 名、非常勤： 0 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：034962

臨床研修協力施設の名称：公立久米島病院

		※
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：伊東市民病院地域医療指向プログラム・伊東市民病院 地域医療重点プログラム プログラム番号：_____
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		<input checked="" type="radio"/> 1. 有 (<input type="radio"/> EPOC ・その他 ()) <input type="radio"/> 0. 無
21. 研修医の処遇	処遇の適用	<input checked="" type="radio"/> 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) 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) 時間外手当： 1. 有 <input type="radio"/> 0. 無 休日手当： 1. 有 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 0. 無
	休暇	有給休暇 (1 年次： 日、2 年次： 日) 夏季休暇 (1. 有 <input type="radio"/> 0. 無) 年末年始 (1. 有 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 0. 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用 (1. 有 <input type="radio"/> 0. 無) 雇用保険 (1. 有 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 0. しない) 個人加入 (1. 強制 <input type="radio"/> 0. 任意)
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可 <input type="radio"/> 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有 <input type="radio"/> 0. 無
	院内保育所	院内保育所の有無 (1. 有 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 0. 無) 夜間保育 (1. 有 <input type="radio"/> 0. 無)
上記保育所は研修医の子どもに使用可能か (1. 可 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 0. 無) その他の補助 (具体的に：)	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：034962

臨床研修協力施設の名称：公立久米島病院

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 10 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。	041064	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：伊東市民病院群 番号 3	
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 ヤスダ トシコ 氏名（姓） 安田 （名） 俊彦	所属 六ヶ所村医療センター（内線） （直通電話（ 0175 ） 73 — 7122 ） 役職 事務部長	e-mail: yasudat@jadecom.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 コウエキヤダノホクジンチイリヨウシンコウキョウカイ ロッカショムチイリヨウセンター 公益社団法人地域医療振興協会 六ヶ所村地域家庭医療センター			
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 039-3212 (青森 都・道・府・ <input type="checkbox"/> 県) 上北郡六ヶ所村大字尾駁字野附 986-4 電話：(0175) 73 — 7122 FAX：(0175) 72 — 3266			
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 ロッカショムチヨウ トダ マル 六ヶ所村長 戸田 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）	〒039-3212 (青森 都・道・府・ <input type="checkbox"/> 県) 上北郡六ヶ所村大字尾駁字野附 475 電話：(0175) 72 — 2111 FAX：(0175) 72 — 2063			
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 マツカ 姓 松岡	フリガナ 名 史彦	役職名：センター長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ マツカ 姓 松岡	フリガナ 名 史彦	役職名：センター長	
7. 施設のホームページアドレス	http://rokkasho.jadecom.or.jp			
※				
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全てに○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。） <input type="checkbox"/> 1. 内科 2. 呼吸器内科 3. 循環器内科 4. 消化器内科（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 <input type="checkbox"/> 13. 小児科 <input type="checkbox"/> 14. 精神科 15. 心療内科 <input type="checkbox"/> 16. 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 25. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 <input type="checkbox"/> 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 <input type="checkbox"/> 99. その他（次に記入してください。）			
	991	歯科	992	科
	993	科	994	科
	995	科	996	科
	997	科	998	科

臨床研修協力施設概況表－ 2 －

病院施設番号： 041064

臨床研修協力施設の名称： 六ヶ所村地域家庭医療センター

9. 救急医療の提供の実績	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	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（ 26.606 ）m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 1,015 件（うち診療時間外： 913 件） 1日平均件数： 2.7 件（うち診療時間外： 2.5 件） 救急車取扱件数： 141 件（うち診療時間外： 87 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 1 名、看護師及び准看護師： 2 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： 19 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： 14.5 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： 5 戸、世帯用： 2 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。
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	（ 30 ）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（ ） 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 ①. 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－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 041064

臨床研修協力施設の名称：六ヶ所村地域家庭医療センター

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 15 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。		056642		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：伊東市民病院群 番号 3																	
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 ヤマザキ ハツノリ 氏名（姓） 山崎 （名） 初規		所属 事務 役職 （内線 ） （直通電話（ ） — ） e-mail : yukikowa@jadecom.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 コウエキシャダンホウジンチイキイリョウシンコウキョウカイ イナズサシンリョウジョ 公益社団法人地域医療振興協会 いなずさ診療所																					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒 413-0705 (静岡 都・道・府・ <input checked="" type="radio"/> 県) 下田市箕作字横世ノ米 385-4 電話：(0558) 28-3111 FAX：(0558) 28-3112																					
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 コウエキシャダンホウジンチイキイリョウシンコウキョウカイ ダイヒョウリジ ヨシアラミチヤス 公益社団法人地域医療振興協会 代表理事 吉新通康																					
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）		〒 102-0093 (東京 <input checked="" type="radio"/> 都・道・府・県) 千代田区平河町 2-6-3 電話：(03) 5210-2921 FAX：(03) 5210-2924																					
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 カワサキ 姓 川崎		ハジメ 名 祝		役職名： 診療所長																	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		フリガナ カワサキ 姓 川崎		ハジメ 名 祝		役職名： 診療所長																	
7. 施設のホームページアドレス		http://inazusa.jadecom.or.jp/																					
		※																					
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全てに○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。		<p>標榜診療科（番号に○をつけてください。）</p> <p>①. 内科 2. 呼吸器内科 3. 循環器内科 4. 消化器内科（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 ⑬. 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 ⑯. 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 25. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 ⑳. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他（次に記入してください。）</p> <table border="1"> <tr> <td>991</td> <td>科</td> <td>992</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>993</td> <td>科</td> <td>994</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>995</td> <td>科</td> <td>996</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>997</td> <td>科</td> <td>998</td> <td>科</td> </tr> </table>						991	科	992	科	993	科	994	科	995	科	996	科	997	科	998	科
991	科	992	科																				
993	科	994	科																				
995	科	996	科																				
997	科	998	科																				

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号： 056642

臨床研修協力施設の名称： いなずさ診療所

9. 救急医療の提供の実績	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	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： _____ 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： _____ 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 (_____) 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－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 056642

臨床研修協力施設の名称： いなずさ診療所

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 7 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。		066420		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：伊東市民病院群 番号 3																	
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 ニシムラ ナオカズ 氏名（姓）（名） 西村 直和		所属： 事務部 役職： 部長		(内線 780) (直通電話 (0770) 77 — 2753) e-mail : naokazun@jadecom.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 オオイチョウホケン・イリヨウ・フクシソウゴウシセツ シンリョウシヨ おおい町保健・医療・福祉総合施設 診療所																					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒 919 — 2111 (福井 都・道・府・県) 大飯郡おおい町本郷 92-51-1 電話：(0770) 77— 2753 FAX：(0770) 77— 2276																					
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 オオイチョウチョウ ナカツカ ヒロシ おおい町長 中塚 寛																					
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）		〒 919 — 2111 (福井 都・道・府・県) 大飯郡おおい町本郷 136-1-1 電話：(0770) 77— 1111 FAX：(0770) 77— 1289																					
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 シラサキ 姓 白崎		シンジ 名 信二		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 シラサキ 姓 白崎		シンジ 名 信二		役職名： 施設長																	
7. 施設のホームページアドレス		https://nagomi-ohi.com																					
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全てに○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 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 ⑳. 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 style="width: 50%;">991</td> <td style="width: 50%;">科</td> <td style="width: 50%;">992</td> <td style="width: 50%;">科</td> </tr> <tr> <td>993</td> <td>科</td> <td>994</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>995</td> <td>科</td> <td>996</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>997</td> <td>科</td> <td>998</td> <td>科</td> </tr> </table>				991	科	992	科	993	科	994	科	995	科	996	科	997	科	998	科
991	科	992	科																				
993	科	994	科																				
995	科	996	科																				
997	科	998	科																				

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号： 066420

臨床研修協力施設の名称： おおい町保健・医療・福祉総合施設診療所

9. 救急医療の提供の実績	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	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： 19件（うち診療時間外 4件） 1日平均件数： 0.1件（うち診療時間外： 0.0件） 救急車取扱件数： 15件（うち診療時間外： 0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 ① 無）、 小児科（1. 有 ① 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： 19 床、2. 精神： 0 床、3. 感染症： 0 床 4. 結核： 0 床、5. 療養： 0 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： 27.2 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： 0回、今年度見込： 0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： 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 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） 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（ 2 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： 冊、国外図書： 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 0 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 ① 無）、 教育用コンテンツ（1. 有 ① 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 ① 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： 0名（常勤： 0名、非常勤： 0名） 作業療法士： 1名（常勤： 1名、非常勤： 0名） 臨床心理技術者： 0名（常勤： 0名、非常勤： 0名） その他の精神科技術職員： 0名（常勤： 0名、非常勤： 0名）

臨床研修協力施設概況表－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 066420

臨床研修協力施設の名称： おおい町保健・医療・福祉総合施設診療所

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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）		（ 特になし ）
	研修医のライフイベントの相談窓口		1. 有 ② 無 窓口の名称がある場合記入（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ ） 0. 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 ） 窓口の専任担当 ① 有（ 4 名） 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 2025年 4月 8日

病院施設番号 <small>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。</small>	066757	臨床研修病院群の名称 <small>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。</small>	名称：伊東市民病院群 番号 3
作成責任者の氏名及び連絡先 <small>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。</small>	フリガナ カタニ ヨシノ 氏名（姓） 氏名（名） 仲 谷 良 徳	所属 事務部 役職 事務部長	（内線 ） （直通電話 (0749) 58—1222） e-mail : yoshinorina@jadecom.jp <small>（携帯電話のメールアドレスは不可とします。）</small>
1. 臨床研修協力施設の名称	フリガナ チイキカクツクセンターイブキ 地域包括ケアセンターいぶき		
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 521-0314 (滋 賀 都・道・府・県) 米原市春照58-1 電話：(0749) 58—1222 F A X：(0749) 58—8036		
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 マイハ ラシヨウ スマダ コウヤ 米原市長 角田航也		
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）	〒 521-8501 (滋 賀 都・道・府・県) 米原市米原1016 電話：(0749) 53—5100 F A X：(0749) 53—5148		
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 ハノ 姓 畑 野	ヒデキ 名 秀 樹	役職名：センター長
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ ウスイ 姓 臼 井	ツヒト 名 恒 仁	役職名：副センター長
7. 施設のホームページアドレス	https://ibuki.jadecom.or.jp/		
※			
8. 診療科名 <small>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全てに○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。</small>	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（胃腸内科） 5.腎臓内科 6.脳神経内科 7.糖尿病内科（代謝内科） 8.血液内科 ⑨.皮膚科 10.アレルギー科 11.リウマチ科 12.感染症内科 ⑬.小児科 14.精神科 15.心療内科 16.外科 17.呼吸器外科 18.心臓血管外科 19.乳腺外科 20.気管食道外科 21.消化器外科（胃腸外科） 22.泌尿器科 23.肛門外科 24.脳神経外科 ⑫.整形外科 26.形成外科 27.美容外科 28.眼科 29.耳鼻いんこう科 30.小児外科 31.産婦人科 32.産科 33.婦人科 ⑭.リハビリテーション科 35.放射線科 36.麻酔科 37.病理診断科 38.臨床検査科 39.救急科 99.その他（次に記入してください。）		
	991 科	992 科	
	993 科	994 科	
	995 科	996 科	
	997 科	998 科	

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号： 066757

臨床研修協力施設の名称： 地域包括ケアセンターいぶき

9. 救急医療の提供の実績	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	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： 1 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。
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	(300) m ²
	医学図書数	国内図書： 50 冊、国外図書： 10 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 2 種類、国外雑誌： 1 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（ : ~ : ）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： 1 名（常勤： 1 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－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 066757

臨床研修協力施設の名称： 地域包括ケアセンターいぶき

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 17 日

病院施設番号 <small>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。</small>	096210	臨床研修病院群の名称 <small>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。</small>	名称：伊東市民病院群 番号 3
作成責任者の氏名及び連絡先 <small>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。</small>	フリガナ シヤマ ヨウイチロウ 氏名（姓） 獅山 （名） 陽一朗	所属 事務局 兼 山北診療所 役職	（内線） （直通電話（ 0465 ） 77 — 2281 ） e-mail: youichiroush@jadecom.jp <small>（携帯電話のメールアドレスは不可とします。）</small>
1. 臨床研修協力施設の名称	フリガナ ヤマキタヨウリツヤマキタシノリョウジョ 山北町立山北診療所		
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 258 — 0115 （神奈川県） 足柄上郡山北町谷ケ 1018-20 電話：（ 0465 ） 77 — 2281 FAX：（ 0465 ） 20 — 8258		
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 ヤマキタヨウリツ ヲウガ ヲウジ 山北町長 湯川 裕司		
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）	〒 258 — 0195 （神奈川県） 足柄上郡山北町山北 1301-4 電話：（ 0465 ） 75 — 1122 FAX：（ 0465 ） 75 — 3660		
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 ナラ ヲウジ 姓 奈良 名 浩介	役職名： 管理者兼診療所長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ ナラ ヲウジ 姓 奈良 名 浩介	役職名： 管理者兼診療所長	
7. 施設のホームページアドレス	https://yamakita.jadecom.or.jp/		
※			
8. 診療科名 <small>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全てに○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。</small>	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（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 ⑬ 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 ⑯ 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 ⑳ 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他（次に記入してください。）		
	991 科	992 科	
	993 科	994 科	
	995 科	996 科	
	997 科	998 科	

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：096210

臨床研修協力施設の名称：山北町立山北診療所

9. 救急医療の提供の実績	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	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 <small>（産婦人科の研修がある場合のみ）</small>		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 <small>（臨床病理検討会を実施している場合のみ）</small>	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： 円） <small>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。</small>
	研修医室	1. 有 (室) 0. 無 <small>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。</small>
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： 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（ ） 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 <small>（精神科の研修を行う施設については記入してください。）</small>		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－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 096210

臨床研修協力施設の名称： 山北町立山北診療所

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 8 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。		106041		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：伊東市民病院群 番号 3																	
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 ハットリ コウジ 氏名（姓）（名） 服部 幸治		所属 事務部 役職 部長		(内線) (直通電話 (0749) 54—2127) e-mail : koujihax@jadecom.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 オウミンリョウシヨ 近江診療所																					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒 521-0083 (滋賀県) 米原市新庄77-1 米原市地域包括医療福祉センター内 電話：(0749) 54—2127 FAX：(0749) 51—9025																					
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 マイバラシチョウ スミダ コウヤ 米原市長 角田 航也																					
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）		〒 521-8501 (滋賀県) 米原市米原1016番地 電話：(0749) 53—5100 FAX：(0749) 53—5148																					
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 ナカムラ 姓 中村		ヤスユキ 名 泰之		役職名： 所長																	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		フリガナ ナカムラ 姓 中村		ヤスユキ 名 泰之		役職名： 所長																	
7. 施設のホームページアドレス		http://fukushia.jadecom.or.jp																					
		※																					
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全てに○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。		<p>標榜診療科（番号に○をつけてください。）</p> <p>①.内科 2.呼吸器内科 3.循環器内科 ④.消化器内科（胃腸内科） 5.腎臓内科 6.脳神経内科 7.糖尿病内科（代謝内科） 8.血液内科 9.皮膚科 10.アレルギー科 11.リウマチ科 12.感染症内科 ⑬.小児科 14.精神科 15.心療内科 ⑯.外科 17.呼吸器外科 18.心臓血管外科 19.乳腺外科 20.気管食道外科 21.消化器外科（胃腸外科） 22.泌尿器科 23.肛門外科 24.脳神経外科 25.整形外科 26.形成外科 27.美容外科 ⑳.眼科 29.耳鼻いんこう科 30.小児外科 31.産婦人科 32.産科 33.婦人科 ㉒.リハビリテーション科 35.放射線科 36.麻酔科 37.病理診断科 38.臨床検査科 39.救急科 99.その他（次に記入してください。）</p> <table border="1"> <tr> <td>991</td> <td>科</td> <td>992</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>993</td> <td>科</td> <td>994</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>995</td> <td>科</td> <td>996</td> <td>科</td> </tr> <tr> <td>997</td> <td>科</td> <td>998</td> <td>科</td> </tr> </table>						991	科	992	科	993	科	994	科	995	科	996	科	997	科	998	科
991	科	992	科																				
993	科	994	科																				
995	科	996	科																				
997	科	998	科																				

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号： 106041

臨床研修協力施設の名称： 近江診療所

9. 救急医療の提供の実績	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	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： 0 床、2. 精神： 0 床、3. 感染症： 0 床 4. 結核： 0 床、5. 療養： 0 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： 0 日、2. 精神： 0 日、3. 感染症： 0 日、 4. 結核： 0 日、5. 療養： 0 日
13. 前年度の分娩件数 <small>（産婦人科の研修がある場合のみ）</small>		正常分娩件数： 0 件、異常分娩件数： 0 件
14. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 <small>（臨床病理検討会を実施している場合のみ）</small>	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： 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 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 有（単身用： 1 戸、世帯用： 1 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） <input checked="" type="radio"/> 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	(0) 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 (<input checked="" type="radio"/> 有 0. 無)、 教育用コンテンツ <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <small>（精神科の研修を行う施設については記入してください。）</small>		精神保健福祉士： 0 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 名） 作業療法士： 1 名（常勤： 1 名、非常勤： 名） 臨床心理技術者： 1 名（常勤： 名、非常勤： 1 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－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 106041

臨床研修協力施設の名称： 近江診療所

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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）		施設内に病児・病後児保育室あり
	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

※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 2025 年 4 月 15 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。		106204		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：伊東市民病院群 番号 3	
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 ウダ トシヒコ 氏名（姓） 宇田 （名） 俊彦		所属 事務部 役職 事務次長		(内線 765) (直通電話 (0558) 34 — 1123) e-mail: udat@jadecom.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 シヤ) チイリヨウシコウキョウカイ イズイマヒョウイン 公益社団法人 地域医療振興協会 伊豆今井浜病院					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒 413 — 0503 (静岡 都・道・府・ 県) 賀茂郡河津町見高 178 電話：(0558) 34 — 1123 FAX：(0558) 34 — 1166					
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 シヤ) チイリヨウシコウキョウカイ 公益社団法人 地域医療振興協会					
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）		〒 102 — 0093 (東京 都 ・道・府・県) 千代田区平河町 2 丁目 6 番 3 号 電話：(03) 5210 — 2921 FAX：(03) 5210 — 2924					
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 コイケ ヒロキ 姓 小池 名 宏明		役職名： 病院長			
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		フリガナ コダ カズヒロ 姓 小田 名 和弘		役職名： 名誉院長			
7. 施設のホームページアドレス		http:// izuimaihama.jadecom.or.jp					
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全てに○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（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 ⑨ 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 ⑬ 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 ⑯ 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 ⑳ 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 ㉒ 眼科 ㉓ 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 ㉔ 婦人科 ㉕ リハビリテーション科 35. 放射線科 ㉖ 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他（次に記入してください。）					
		991 科		992 科			
		993 科		994 科			
		995 科		996 科			
		997 科		998 科			

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：106204

臨床研修協力施設の名称：伊豆今井浜病院

9. 救急医療の提供 の実績	救急病院認定の告示	告示年月日：西暦 2024 年 4 月 30 日、告示番号：第 373 号
	医療計画上の位置付け	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（ 27.030 ）m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 1,778 件（うち診療時間外：1,482 件） 1日平均件数： 4.87 件（うち診療時間外：4.06 件） 救急車取扱件数： 670 件（うち診療時間外：374 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 1 名、看護師及び准看護師： 1 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 ① 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： 100 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： 20.7 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： 2 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 (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。
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	(18.43) m ²
	医学図書数	国内図書： 494 冊、国外図書： 0 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 7 種類、国外雑誌： 1 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 ① 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 (AED トレーナー _____)	
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	0 名 (常勤： 0 名、非常勤： 0 名)
	作業療法士	0 名 (常勤： 0 名、非常勤： 0 名)
	臨床心理技術者	0 名 (常勤： 0 名、非常勤： 0 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： 1 0 6 2 0 4

臨床研修協力施設の名称：伊豆今井浜病院

		※		
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：伊東市民病院地域医療指向プログラム・伊東市民病院地域医療重点プログラム プログラム番号： _____	
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 ()) ①. 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	
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)		
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：)		

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 106204

臨床研修協力施設の名称：伊豆今井浜病院

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025年4月14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。	106242	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： 伊東市民病院群 番号 3	
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 ヤマノウチ アヤ 氏名(姓) (名) 山ノ内 綾	所属 シティ・タワー診療所 役職 事務課長補佐	(内線) (直通電話 (058) 269-3270) e-mail: ayayaman@jadecom.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 シティタワーシンリョウジョ シティ・タワー診療所			
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒500-8856 (岐阜 都・道・府・ <input checked="" type="radio"/> 県) 岐阜市橋本町 2-52 シティ・タワー43 3階 電話：(058) 269-3270 F A X：(058) 269-3283			
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 コウキシャダンホウジン チキイリョウシンコウキョウカイ リジチョウ ヨシアラ ミチヤス 公益社団法人 地域医療振興協会 理事長 吉新 通康			
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)	〒102-0093 (東京 <input checked="" type="radio"/> 都・道・府・県) 千代田区平河町二丁目 6 番 3 号 電話：(03) 5212-9152 F A X：(03) 5211-0515			
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 シマザキ 姓 島崎	リョウジ 名 亮司	役職名：管理者	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ シマザキ 姓 島崎	リョウジ 名 亮司	役職名：管理者	
7. 施設のホームページアドレス	http:// www.citytower-cl.com			
※				
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全てに○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(胃腸内科) 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科(代謝内科) 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 ③. 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 16. 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科(胃腸外科) 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 25. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他(次に記入してください)			
	991	科	992	科
	993	科	994	科
	995	科	996	科
	997	科	998	科

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：106242

臨床研修協力施設の名称： シティ・タワー診療所

9. 救急医療の提供の実績	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	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 <input type="radio"/> 無） 外科系（1. 有 <input type="radio"/> 無）、 小児科（1. 有 <input type="radio"/> 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： 0 床、2. 精神： 0 床、3. 感染症： 0 床 4. 結核： 0 床、5. 療養： 0 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： 0.0 日、2. 精神： 0.0 日、3. 感染症： 0.0 日、 4. 結核： 0.0 日、5. 療養： 0.0 日
13. 前年度の分娩件数 <small>（産婦人科の研修がある場合のみ）</small>		正常分娩件数： 0 件、異常分娩件数： 0 件
14. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 <small>（臨床病理検討会を実施している場合のみ）</small>	開催回数	前年度実績： 0 回、今年度見込： 0 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： 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 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> （) 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） <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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： 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 <input type="radio"/> 無）、 教育用コンテンツ（1. 有 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <small>（精神科の研修を行う施設については記入してください。）</small>		精神保健福祉士： 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 名） 作業療法士： 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 名） 臨床心理技術者： 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 名） その他の精神科技術職員： 0 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 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：106242

臨床研修協力施設の名称： シティ・タワー診療所

		※
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：伊東市民病院地域医療指向プログラム・伊東市民病院地域医療重点プログラム プログラム番号：_____
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 ()) ①. 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) 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：)
	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
	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)
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：)	

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：106242

臨床研修協力施設の名称： シティ・タワー診療所

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 16 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。		1 1 6 4 5 6		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： 伊東市民病院群 番号 3	
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 オノデラ マサミ 氏名（姓）（名） 小野寺 勝美		所属 事務部 役職 事務部長		(内線) (直通電話 (015) 572—3181) e-mail : masamion@jadecom.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 トチイケダチイイヨウセンター 十勝いけだ地域医療センター					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒 0 8 3 — 0 0 2 2 (北海 都・道・府・県) 中川郡池田町字西 2 条 5 丁目 2 5 電話：(015) 572—3181 FAX：(015) 572—3185					
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 イケダチヨウチヨウ ヤスイ ヨシロ 池田町長 安井 美裕					
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）		〒 0 8 3 — 8 6 5 0 (北海 都・道・府・県) 中川郡池田町字西 1 条 7 丁目 1 1 電話：(015) 572—3181 FAX：(015) 572—5158					
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 ナガタ マサキ 姓 名 長田 雅樹		役職名： 管理者			
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		フリガナ ナガタ マサキ 姓 名 長田 雅樹		役職名： 管理者			
7. 施設のホームページアドレス		https://www.jadecom.or.jp/jadecomhp/tokachi-ikeda/ikeda-hospital/html/index.html					
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全てに○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（胃腸内科） 5.腎臓内科 6.脳神経内科 7.糖尿病内科（代謝内科） 8.血液内科 9.皮膚科 10.アレルギー科 11.リウマチ科 12.感染症内科 ⑬小児科 14.精神科 15.心療内科 ⑭外科 17.呼吸器外科 18.心臓血管外科 19.乳腺外科 20.気管食道外科 21.消化器外科（胃腸外科） 22.泌尿器科 23.肛門外科 24.脳神経外科 25.整形外科 26.形成外科 27.美容外科 28.眼科 29.耳鼻いんこう科 30.小児外科 31.産婦人科 32.産科 33.婦人科 ⑳34.リハビリテーション科 35.放射線科 36.麻酔科 37.病理診断科 38.臨床検査科 39.救急科 99.その他（次に記入してください。） 991 眼 科 992 整形外 科 993 人工透析 科 994 皮膚 科 995 泌尿器 科 996 科 997 科 998 科					

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号： 116456

臨床研修協力施設の名称： 十勝いけだ地域医療センター

9. 救急医療の提供の実績	救急病院認定の告示	告示年月日：西暦 2025年 4月 1日、告示番号：第 177号
	医療計画上の位置付け	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 (30.61) m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 950 件（うち診療時間外： 849 件） 1日平均件数： 2.6 件（うち診療時間外： 2.3 件） 救急車取扱件数： 224 件（うち診療時間外： 126 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 1名、看護師及び准看護師： 1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： 60 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： 32.4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： 2 戸、世帯用： 1 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。
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	(12.73) m ²
	医学図書数	国内図書： 90 冊、国外図書： 21 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 7 種類、国外雑誌： 3 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 ① 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 ① 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： 1 1 6 4 4 5 6

臨床研修協力施設の名称： 十勝いけだ地域医療センター

		※			
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：伊東市民病院地域医療指向プログラム・伊東市民病院地域医療重点プログラム プログラム番号：_____		
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 ()) <input checked="" type="radio"/> 0. 無		
21. 研修医の処遇	処遇の適用		<input checked="" type="radio"/> 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)	二年次の支給額 (税込み)
		賞与/年 (円)		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				
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)				
保育補助	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：)		

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号： 116456

臨床研修協力施設の名称： 十勝いけだ地域医療センター

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 4 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。	126865	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 伊東市民病院群 番号 3	
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。	ワガナ イケオ ヒロミ 氏名(姓) 池尾 (名) 広美	所属 関市国民健康保険津保川診療所 (内線) (直通電話 (0575) 49 — 3016) 役職	e-mail : hiromiikeo@jadecom.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	ワガナセキシコクミンケンコウホケンツボガワシンリョウシヨ 関市国民健康保険津保川診療所			
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 501 — 3501 (岐阜県) 関市富之保1956番地1 電話 : (0575) 49 — 3016 FAX : (0575) 49 — 3651			
3. 臨床研修協力施設の開設者の氏名(法人の名称)	ワガナ セキシチョウ ヤマシタ キヨシ 関市長 山下 清司			
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)	〒 501 — 3894 (岐阜県) 関市若草通3丁目1 関市役所 電話 : (0575) 22 — 3131 FAX : (0575) 23 — 7744			
5. 臨床研修協力施設の管理者の氏名及び役職名	ワガナ ヒロタ 姓 廣田	トシオ 名 俊夫	役職名 : 管理者 兼 診療所長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	ワガナ ヒロタ 姓 廣田	トシオ 名 俊夫	役職名 : 管理者 兼 診療所長	
7. 施設のホームページアドレス	http://tsubogawa.jadecom.or.jp/			
		※		
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全てに○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 (胃腸内科) 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科 (代謝内科) 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 13. 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 ⑯. 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科 (胃腸外科) 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 25. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 ⑳. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他 (次に記入してください。)			
	991	科	992	科
	993	科	994	科
	995	科	996	科
	997	科	998	科

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：126865

臨床研修協力施設の名称：関市国民健康保険津保川診療所

9. 救急医療の提供の実績	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	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： 3 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（ 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。
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	（ 10 ）m ²
	医学図書数	国内図書： 40 冊、国外図書： 2 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 2 種類、国外雑誌： 0 種類
	図書室の利用可能時間	8：30～24：00 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（ 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（上腕部筋肉内・皮下注射シミュレータ、肩関節・膝関節注射モデル）	
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－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：126865

臨床研修協力施設の名称：関市国民健康保険津保川診療所

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 1 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。		147512		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：伊東市民病院群 番号 3	
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 イノセ マナブ 氏名（姓） 猪瀬 （名） 学		所属 事務 役職		(内線 129) (直通電話 (0558) 94—3720) e-mail : manabui@jadecom.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 ヘダ シンリョウシヨ 戸田診療所					
2. 臨床研修協力施設の所在地		〒410-3402 静岡県沼津市戸田 916-3 電話：(0558) 94—3720 FAX：(0558) 94—5777					
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 沼津シヨウヨウ ヨリシゲ シュウイチ 沼津市長 頼重 秀一					
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）		〒410-9601 (静岡県) 沼津市御幸町 16-1 電話：(055) 951 —3480 FAX：(055) 951—5444					
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 ツチヤ 姓 土屋		フリガナ 名 典男		役職名：管理者兼診療所長	
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名		フリガナ ツチヤ 姓 土屋		フリガナ 名 典男		役職名：理者兼診療所長	
7. 施設のホームページアドレス		http://heda.jadecom.or.jp/					
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全てに○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（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 ⑨. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 ⑬. 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 16. 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 25. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 ⑳. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他（次に記入してください。）			
		991		科		992	
		993		科		994	
		995		科		996	
		997		科		998	

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号：147512

臨床研修協力施設の名称：戸田診療所

9. 救急医療の提供の実績	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	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 ①. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 49 件（うち診療時間外： 11 件） 1日平均件数： 0.2 件（うち診療時間外： 0.1 件） 救急車取扱件数： 8 件（うち診療時間外： 0 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①） 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： 0 回、今年度見込： 0 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： 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。
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） ①. 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. 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： _____ 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 ①. 無）、 教育用コンテンツ（1. 有 ①. 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 ①. 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： 0 名（常勤： _____ 名、非常勤： _____ 名） 作業療法士： 0 名（常勤： _____ 名、非常勤： _____ 名） 臨床心理技術者： 0 名（常勤： _____ 名、非常勤： _____ 名） その他の精神科技術職員： _____ 0 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：147512

臨床研修協力施設の名称：戸田診療所

		※			
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：伊東市民病院地域医療指向プログラム伊東市民病院地域医療重点プログラム プログラム番号：_____		
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 ()) ②. 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)	二年次の支給額 (税込み)
		賞与/年 (円)		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		
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)				
保育補助	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：)		

※欄は、記入しないこと。

臨床研修協力施設概況表－４－

* 研修プログラムごとに記入してください。

病院施設番号：147512

臨床研修協力施設の名称：戸田診療所

		※	
21. 研修医の処遇（続き）	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

※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 2025 年 4 月 17 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。	145714	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。	名称伊東市民病院群 番号 3
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 スドウ ヨウヘイ 氏名（姓） 須藤 （名） 洋平	所属 事務課 役職 課長	(内線) (直通電話 (0465) 68—2191) e-mail : sudoy@jadecom.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 マナヅルマチコクミンケンコウケンシンリョウシヨ 真鶴町国民健康保険診療所		
2. 臨床研修協力施設の所在地	〒 〇 〇 〇 〇 — 〇 〇 〇 〇 〇 〇 神奈川県足柄下郡真鶴町真鶴 4 7 5 - 1 電話 : (0465) 68—2191 F A X : (0465) 68—2192		
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 マナヅルチョウチョウ コバヤシノブユキ 真鶴町長 小林伸行		
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）	〒 〇 〇 〇 〇 — 〇 〇 〇 〇 〇 〇 神奈川県足柄下郡真鶴町岩 244-1 電話 : (0465) 68—1131 F A X : (0465) 68—5119		
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 オオヒラ 姓 大平	ユウキ 名 祐己	役職名： 管理者
6. 研修実施責任者の氏名及び役職名	フリガナ オオヒラ 姓 大平	ユウキ 名 祐己	役職名： 管理者
7. 施設のホームページアドレス	https://manazuru.jadecom.or.jp/		
8. 診療科名 当該病院の医療上の標榜診療科について該当する番号全てに○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（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 ③. 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 ⑥. 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科（胃腸外科） 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 ⑤. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 99. その他（次に記入してください。） 991 科 992 科 993 科 994 科 995 科 996 科 997 科 998 科		

臨床研修協力施設概況表－２－

病院施設番号： 145714

臨床研修協力施設の名称： 真鶴町国民健康保険診療所

9. 救急医療の提供の実績	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	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 <small>（産婦人科の研修がある場合のみ）</small>		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 <small>（臨床病理検討会を実施している場合のみ）</small>	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： 27,000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	0. 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	(0) m ²
	医学図書数	国内図書： 20 冊、国外図書： 10 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 5 種類、国外雑誌： 2 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（0. 有 0. 無）、 教育用コンテンツ（0. 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 <small>（精神科の研修を行う施設については記入してください。）</small>	精神保健福祉士	名（常勤： _____ 名、非常勤： _____ 名）
	作業療法士	1名（常勤： 1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： 145714 臨床研修協力施設の名称： 真鶴町国民健康保険診療所

		※	
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：伊東市民病院地域医療指向プログラム・伊東市民病院地域医療重点プログラム プログラム番号：_____	
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 ()) ①. 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		
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)		
保育補助	その他の補助 (具体的に：)		

※欄は、記入しないこと。

