

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2

(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

書き方見本

手続き年月日 2020年4月1日

2020年1月末時点で記入して下さい。

施設番号(既取得施設のみ記入)	
施設名	
開設者氏名(法人の名称)	

※(1. 有 2. 無)のように選択形式の項目は、該当する番号を記入すること。複数選択可。

手続きの種別 (複数選択可)	1. 指 定(群構成の変更) 2. 施設の変更 3. プログラムの新設又は変更 4. 年次報告	1
	2(施設変更の届出)又は3(プログラムの変更の届出)を選択する場合は、変更する項目番号を記載すること。	
手続きを行う施設の型	1. 協力型臨床研修施設 2. 連携型臨床研修施設 3. 研修協力施設	1

参加プログラム ※研修歯科医を受け入れていない場合も記入すること。 ※本プログラムを含め、今年度同時に申請している施設も名称は記入すること。	参加プログラム(予定)の管理型臨床研修施設の名称	受け入れた研修歯科医数 (※前年度実績)
	大阪歯科大学附属病院	0
	協力型施設を並行申請している場合は、参加しているプログラムの管理型施設(相当大学病院)の名称をすべて記入して下さい。	1
		2

2019年度の受入実績を延べ数で記入して下さい。
※中途採用者や中断者も含まれます。

書類の作成責任者の氏名及び連絡先 ※実際に運用に携わっている歯科医師臨床研修担当者の連絡先を記入すること。	(フリガナ)	連絡の繋がりがやすい事務担当者等の連絡先を記入して下さい。 常時確認できるEメールアドレスを記入して下さい。
	氏名	
	役職	
	連絡先電話番号	
	E-mail	

※研修協力施設は1～18を記入すること。(医療機関でない研修協力施設は1～6のみ記入すること。)

1 施設の名称	(フリガナ) 名称	正式名称を記入して下さい。
2 施設の所在地	〒	医療法に基づき申請している内容を記入して下さい。
	都道府県	
	所在地	
	電話	
	FAX	
3 施設の開設者の氏名(法人の名称)	(フリガナ) 氏名	法人の場合は法人名、個人の場合は個人名を記入して下さい。
4 施設の開設者の住所(法人の主たる事務所の所在地)	〒	
	都道府県	
	所在地	
	電話	
	FAX	
5 施設の開設年月		開設歴は3年以上あることが必須要件です。
6 施設の管理者の氏名	(フリガナ) 氏名	
7 研修実施責任者	(フリガナ) 氏名	
8 施設のホームページ	http://	
9 歯科医師(研修歯科医含まず。)の員数	常に勤務する歯科医師	常勤歯科医師は2名以上、そのうち1名以上は指導歯科医師であることが必須要件です。
	うち指導歯科医数	
10 歯科衛生士の員数	常勤換算	
11 看護師の員数	常勤換算	常勤換算方法については、5ページ目「(歯科衛生士名簿)」に記載していますので、併せてご参照ください。
12 診療科名 ※当該施設の医療法上の標ぼう科名について該当する番号を全て記入し、それ以外の医科の診療科を有する場合には、その他欄に記入すること。	標ぼう診療科 1. 歯科 2. 歯科口腔外科 3. 小児歯科 4. 矯正歯科	診療科名が書ききれない場合は、右下の欄に「他○(数)診療科あり」と記入して下さい。
	その他(医科)	
13 医療法上の許可病床数	歯科	0 床
	歯科以外	0 床

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2

協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設にある台数を記入して下さい。

“歯科用診療台”から“生体モニター”までは、研修を行うにあたって設置が必須要件です。

施設番号:	
施設の名称:	

<p>14 歯科設備状況</p> <p>※「経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)」と「血圧計」は、「生体モニター」に組込まれている場合も、それぞれの数に含めること。</p>	<p>歯科用診療台</p> <p>デンタルエックス線装置</p> <p>パノラマ断層撮影装置</p> <p>オートクレーブ</p> <p>口腔内画像処理システム</p> <p>生体モニター</p> <p>自動体外式除細動器(AED)</p> <p>経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)</p> <p>酸素ボンベ及び酸素マスク</p> <p>血圧計</p> <p>救急蘇生セット</p> <p>歯科用吸引装置(口腔外)</p>	<p>従来の「パノラマ撮影装置」です。(CTではありません。)</p> <p>口腔内を撮影し、患者や研修歯科医に提示できる場合はデジタルカメラとPCの組み合わせでも可能です。</p> <p>血圧、脈拍、酸素濃度などを一括してモニターできるもの</p>	<p>台</p> <p>台</p> <p>台</p> <p>台</p> <p>台</p> <p>台</p> <p>台</p> <p>セット</p> <p>台</p> <p>セット</p> <p>台</p>	
	<p>15 病歴管理体制</p>	<p>病歴管理の責任者の氏名及び役職</p> <p>診療録の保存期間</p> <p>診療録の保存方法</p>	<p>(フリガナ)</p> <p>氏名</p> <p>役職</p> <p>()年間保存</p> <p>1. 文書 2. 電子媒体 9. その他</p> <p>5年以上</p> <p>その他の場合(具体的に)</p>	
	<p>16 医療安全管理体制</p>	<p>安全管理者</p> <p>安全管理部門の設置状況</p> <p>専任職員</p> <p>兼任職員</p> <p>主な活動内容</p> <p>患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況</p> <p>対応時間</p> <p>患者相談窓口等に係る規約の有無</p> <p>医療に係る安全管理のための指針</p> <p>医療に係る安全管理委員会の開催状況</p>	<p>(フリガナ)</p> <p>氏名</p> <p>役職</p> <p>設置の有無</p> <p>1. 有 0. 無</p> <p>()名</p> <p>()名</p> <p>2.意見箱でも可能です。</p> <p>1. 設置済 2. 意見箱の設置 9. その他</p> <p>~</p> <p>1. 有 0. 無</p> <p>内容は具体的に記載して下さい。</p> <p>年()回</p> <p>内容は具体的に記載して下さい。</p> <p>年()回</p> <p>内容は具体的に記載して下さい。</p>	<p>“専任職員”とは“安全管理部門”の業務のみを行う職員です。“兼任職員”のみで構いません。</p> <p>医療に関する安全管理のための体制を確保しており、“患者相談窓口”あるいは、“意見箱”の設置が必須要件です。また、設置に伴う規約も必須要件です。</p> <p>“患者相談窓口等に係る規約”は必須です。</p> <p>医療法施行規則により、月1回程度の開催が義務付けられています。</p> <p>“医療に係る安全管理のための職員研修”は年2回程度の開催が義務付けられています。</p> <p>医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策</p> <p>医療機関内における事故報告等の状況その他の改善のための方策の主な内容</p> <p>内容は具体的に記載して下さい。</p>
	<p>設置が推奨されています。</p>			

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
 (協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	
施設の名称:	

17 研修関連記録の保存	保存期間	(5)年間保存
	保存方法	1. 文書 2. 電子媒体 9. その他 その他の場合(具体的に)
		1

18 外来患者症例数(※前年度実績)

区 分	総 数	外来診療	
		外来診療	訪問診療
年間外来患者数			
年間外来診療日数			
1日平均外来患者数			

2019年度実績(歯科)を記入。
訪問診療を行っていない場合は「0」と記入して下さい。

"年間外来診療日数"の"総数"は、
"外来診療"と"訪問診療"を同日に行った場合は、
1日とカウントします。

※ 総数は「外来診療」と「訪問診療」の和とすること。
申請年度の前年度中に来院した外来患者数(延べ患者数)をもととすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者数÷年間外来診療日数による数(少数第二位を四捨五入)とすること。

入院患者数(※前年度実績)

	歯科・歯科口腔外科・小児歯科・矯正歯科
年間入院患者実数	

入院設備がない場合は「0」ではなく、「なし」と記入して下さい。

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。
入院設備がない場合は「なし」と記入すること。

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2

(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	
施設の名称:	

19 歯科医師名簿

番号	(フリガナ)	臨床経験年数	受講した指導歯科医講習会名 (修了年月日、主催者)	取得している専門医・認定医 資格(日本歯科医学会専門分 科会に登録されているものに 限る)	勤務形態 1.常に勤務する 歯科医師 2.その他	研修に関する役割等 1.研修実施責任者 2.指導歯科医 3.その他
	氏名					
(例)	コウセイ タロウ 厚生 太郎	18 年	〇〇指導歯科医講習会 (平成〇年〇月〇日、主催: 〇〇大学附属病院)	〇〇学会 専門医	該当番号を記入 1	該当番号を記入 1,2
1		年		-	1	1,2
2		年	受講した"指導歯科医講習会名"の正式名称と"修了年月日"を漏れなく記入して下さい。		1	2
3		年				
4		年				
5		年				
6		年	申請時点における臨床経験年数(研修歯科医期間を含む)を年単位で記入して下さい。起算日は、歯科医籍登録年月日です。例:経験年数7年2ヶ月であれば「7年」と記入して下さい。			
7		年				
8		年				
9		年				
10		年				
11		年				
12		年				
13		年				
14		年				
15		年				
16		年				
17		年				
18		年				
19		年				
20		年				

※当該施設に勤務する全ての歯科医師について記入すること。「臨床経験年数」欄には、研修歯科医の期間も含めた臨床経験年数を年単位で記入すること(1年未満の端数は切り捨て)。「勤務形態」欄については、非常勤歯科医師も含め当該施設で定めた歯科医師の勤務時間の全てを勤務する歯科医師の場合1を、それ以外の場合には2を記入すること。欄が足りない場合には、欄を増やして対応すること。

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	
施設の名称:	

20 歯科衛生士名簿

"1.常勤"は
当該施設で定めた勤務時間全てを勤務する者とします。

番号	(フリガナ) 氏名	勤務形態		週当たり勤務時間	
		1.常勤 2.非常勤		時間	時間
(例)	ロウドウ ハナコ 労働 花子	該当番号を記入 1		40	時間
1		1		40	時間
2		1		40	時間
3		2		20	時間
4		2		30	時間
5		2		40	時間
6					時間
7					時間
8	常勤換算後の歯科衛生士は、常勤の歯科医師と概ね同人数が必要です。(最低1名以上)				
9	〈常勤換算方法〉				
10	$\text{常勤換算後人数} = \frac{\text{非常勤の歯科衛生士 全員の勤務時間合計 (1週間あたり)}}{\text{常勤の歯科衛生士の1人の勤務時間合計 (1週間あたり)}}$				
11	(例)				
12	$\frac{\text{Aさん 20時間} + \text{Bさん 30時間} + \text{Cさん 40時間}}{40\text{時間}/1\text{人あたり}} = 2.3\text{人}$				
13					時間
14					時間
15					時間
16					時間
17					時間
18					時間
19					時間
20					時間

※ 当該施設に勤務する全ての歯科衛生士について記入すること。「勤務形態」欄については、該当する番号を記入すること。「週当たり勤務時間」欄については、当該施設で定めた歯科衛生士の週当たりの勤務時間数を記入すること。欄が足りない場合には、欄を増やして対応すること。

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2

(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	
施設の名称:	

21 看護師名簿

番 号	(フリガナ) 氏 名	診療科	勤務形態	週当たり勤務時間	
			1.常勤 2.非常勤		
(例)	ロウドウ ハナコ 労働 花子	歯科口腔外科	該当番号を記入 1	40	時間
1					
2					
3					時間
4					時間
5					時間
6					時間
7					時間
8					時間
9					時間
10					
11					時間
12					時間
13					時間
14					時間
15					時間
16					時間
17					時間
18					時間
19					時間
20					時間

"1.常勤"は
当該施設で定めた勤務時間全てを勤務する者としてします。

※ 当該施設の歯科診療部門に勤務する全ての看護師(准看護師含む)について記入すること。「診療科」欄には、各看護師の所属診療科を記入すること。「勤務形態」欄については、該当する番号を記入すること。「週当たり勤務時間」欄については、当該施設で定めた看護師の週当たりの勤務時間数を記入すること。欄が足りない場合には、欄を増やして対応すること。

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

施設番号:	
施設の名称:	

※以下からはプログラムごとに記載すること。

22 研修プログラム名		大阪歯科大学附属病院歯科医師臨床研修プログラムC(複合型)	
研修プログラム番号(既取得プログラムのみ記入)		050024201	
23 研修プログラムの実施方法	1. 単独方式 2. 臨床研修施設群方式	2	
24 次年度の本プログラムの取り扱い	1. 新 設 2. 継 続(変更なし) 3. 継 続(変更あり) 4. 廃 止	1	
※1 管理型臨床研修施設と記載内容が同一の項目に限り、記入を省略しても差し支えないこと。 ※2 次年度の本プログラムの取り扱いが、4.「廃止」の場合は、25「プログラム責任者の氏名等」のみ記載すること。			
25 プログラム責任者の氏名等	プログラム責任者	(フリガナ)	モモタヨシヒロ
		氏名	百田義弘
		所属	歯科麻酔学講座
		電話番号	06-6910-1577
	副プログラム責任者人数		
26 研修プログラムの特色	大阪歯科大学附属病院管理野構装期に併	高頻度疾患を経験すると共に医療の基本的先進医療習得と得意分野は大阪歯科大学附属病院を前	
臨床研修の目標	概要	心身の全人的医療を理解し、歯科治療(及び知識)を統合的に修練し、一口	
管理型施設が記入平成30年度の外来診療及び訪問診療の目標症例数を記入しています。	症例数	外来診療	150 例
		訪問診療	14 例
	※臨床研修施設群方式により複数の臨床研修施設で本プログラムを実施する場合、臨床研修施設ごとの症例数ではなく、本プログラム全体の症例数を記載すること。		
28 募集定員	120	名	
29 研修期間	1	年	
30 研修開始時期	2019年4月		
31 研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	1. 公募 9. その他	1
		その他の場合(具体的に)	
	応募必要書類(複数選択可)	1. 履歴書 2. 卒業(見込み)証明書 3. 成績証明書 4. 健康診断書 9. その他	1, 2, 3
		その他の場合(具体的に)	
	選考方法(複数選択可)	1. 面接 2. 筆記試験 9. その他	1, 9
		その他の場合(具体的に)	小論文、書類審査
募集及び選考の時期	募集時期	2020年7月	頃から
	選考時期	2020年8月	頃から
マッチング利用の有無	1. 有 0. 無	1	
32 研修プログラムに関する問い合わせ先・資料請求先	〒	540-0008	
	都道府県	大阪府	
	所在地	大阪市中央区大手前1丁目5番17号	
	担当部門	病院庶務課	
	(フリガナ)	タケダ シングル	
	担当者氏名	武田 茂	
	役職	主任	
	電話番号	06-6910-1577	
	FAX	06-6943-8051	
	E-mail	takeda-s@cc.osaka-dent.ac.jp	
ホームページ	http://www.osaka-dent.ac.jp/hospital/		

管理型施設が記載
※次年度の内容

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

協力型施設の内容を網掛け部分にご記載ください。

施設番号:	
施設の名称:	

33 研修歯科医の処遇	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	1		
	研修手当	基本手当(時給換算)	管理型との年平均時給換算964 円(円/時間)		
		賞与/年	0	円	
	時間外手当	1. 有 0. 無	0		
	休日手当	1. 有 0. 無	0		
	勤務時間	基本的な勤務時間	9:30	~	18:30
		その他(具体的に)			
	研修歯科医の宿舎	1. 有 0. 無	0		
		有の場合	単身用		戸
			世帯用		戸
無の場合	住宅手当/月		円		
研修歯科医のための施設内の部屋	1. 有 0. 無 有の場合、室数を記入してください。	1	1	室	
34 到達目標	社会保険・労働保険	公的医療保険	日本私立学校振興・共済事業団へ加入		
		公的年金保険	日本私立学校振興・共済事業団へ加入		
		労働者災害補償保険法の適用	1. 有 0. 無	1	
		国家・地方公務員災害補償法の適用	1. 有 0. 無	0	
		雇用保険	1. 有 0. 無	1	
		健康管理	健康診断	年	1
	歯科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	1	
		個人加入	1. 強制 0. 任意	1	
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加	1. 可 0. 否	1	
		学会、研究会等への参加費用支給	1. 有 0. 無	0	
協力型・連携型・研修協力施設における処遇の適用	1. 単独型・管理型臨床研修施設と同一の処遇とする。		2		
		管理型施設が記載			
(記入例) 2-6 地域医療		型	研修協力施設		
1 基本習熟コース				√	
1-1	医療面接	√	√		
1-2	総合診療計画	√	√		
1-3	予防・治療基本技術	√	√		
1-4	応急処置	√	√		
1-5	高頻度治療	√	√		
1-6	医療管理・地域医療	√	√		
2 基本習得コース					
2-1	救急処置	√	√		
2-2	医療安全・感染予防	√	√		
2-3	経過評価管理	√	√		
2-4	予防・治療技術	√	√		
2-5	医療管理	√	√		
2-6	地域医療	√	√		
3 その他					
専門診療基本習熟・習得コース					
4 全身管理等に係る研修内容	研修施設	大阪歯科大学附属病院			
	研修内容	① バイタルサインを観察し、異常を評価する。② 服用薬剤の歯科診療に関連する副作用を説明する。③ 全身疾患の歯科診療上のリスクを説明する。④ 歯科診療時の全身的合併症への対処法を説明する。⑤ 一次救命処置を実践する。			
備考:					

臨床研修施設申請書2／研修協力施設概況表／臨床研修施設変更届出書2／年次報告書2
(協力型・連携型臨床研修施設／研修協力施設用)

		施設番号:				
		施設の名称:				
36 研修プログラムの実績	研修歯科医の指導体制	1. 患者の治療を1人の研修歯科医が担当 2. 患者の治療を複数の研修歯科医が症例ごとに担当		1・2		
	研修歯科医1人あ 例数(※前年度実 目標症例数を達成	管理型施設が記載		例		
				例		
36 協力型(相当大学病 院)・連携型臨床研修 施設と研修スケ ジュール	施設の型	施設の名称	研修施設番号 (既取得施設)	削除または追加 施設のみ、その 研修期間(ヶ月): 研修の順序によら ず各施設での研修	グループ化を 行う場合はグ ループ番号	
※1 臨床研修施設詳 方式のみ記入するこ と。	管理型	大阪歯科大学附属病院	0000024	000000		
※2 既に登録されてい る施設、次年度から削 除する施設、新たに追 加する施設の全てにつ いて名称を記入するこ と。	協力型	〇〇歯科医院	XXXXXXX	000006	なし	
※3 グループ化を行う 場合は各グループに整 理番号(例:グループ 1、グループAなど)を 与え、グループの連携 がわかりやすいよう記 載すること。		管理型施設が記載				
※4 グループ化研修 を行っている研修施設 は、研修期間を日数で 記入すること。						
37 研修協力施設の名称 ※既に登録されている 施設、次年度から削除 する施設、新たに追加 する施設の全てにつ いて名称を記入すること。	施設の種類の 1. 医療機関 2. その他機関	施設の名称		研修施設番号 (既取得施設のみ記 入)	備考 (削除または追 加施設のみそ の旨記入)	
		なし				
38 臨床研修施設の加除 数及びグループ構成	協力型臨床研 修施設	追加施設数	0	か所		
		削除施設数	0	か所		
	グループ構成 (※1グループ最 大5まで)	グループ	協力型施設数	か所	連携型施設数	か所
		グループ	協力型施設数	か所	連携型施設数	か所
	グループ	協力型施設数	か所	連携型施設数	か所	

管理型施設が記載

← 貴施設名称と研修施設番号を網掛け部分にご入力ください。

管理型施設が記載