

申請年月日	
施設番号	
臨床研修施設名	
開設者	
開設者の住所	

臨床研修施設指定取消申請書

歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令(平成17年厚生労働省令第103号)第15条の規定に基づき、以下のとおり臨床研修施設の指定の取消しを申請いたします。

臨床研修施設名		
指定の取消しを受けようとする理由(いずれかに○をつけること。「その他」の場合は、(その他の理由)欄に具体的に記入すること。)(複数選択可)		
<input type="checkbox"/>	臨床研修施設として指定基準を満たせなくなったため(指導歯科医の退職等)	
<input type="checkbox"/>	3年以上研修歯科医の受け入れ実績がないため	
<input type="checkbox"/>	すべての臨床研修施設群から外れるため	
<input type="checkbox"/>	その他	
(その他の理由)		
指定の取消しを受けようとする期日		
指定の取消しを受けようとする臨床研修施設の区分		
現に臨床研修を受けている研修歯科医がいるとき:		
研修歯科医数		名
上記の研修歯科医に対する措置		
臨床研修を受ける予定の者がいるとき:		
予定の者の数		名
上記の者に対する措置		
指定の取消しに伴い廃止する研修プログラムがある場合は以下に記入すること。		
研修プログラム番号	研修プログラムの名称	

(注)1 「上記の研修歯科医に対する措置」欄については、引継ぎを行う臨床研修施設や研修歯科医の処遇等について可能な限り具体的に記入すること。

2 必要がある場合には、続紙(様式自由)に記載して添付すること。

届出年月日	
施設番号	
臨床研修施設名	

研修プログラム廃止届出書

歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令(平成17年厚生労働省令第103号)第9条の規定に基づき、以下のとおり研修プログラムの廃止を届出いたします。

研修プログラム番号	
研修プログラムの名称	
研修プログラムを廃止しようとする理由	
研修プログラムの廃止をしようとする期日	

臨床研修施設群について

(臨床研修施設群方式の場合は以下に記入すること。臨床研修施設の指定の取消しについて該当する場合プルダウンから選択すること。)

研修施設番号	臨床研修施設の名称	臨床研修施設の指定の取消しを伴う

(注) 必要がある場合には、続紙(様式自由)に記載して添付すること。

年次報告書

報告年月日

施設番号	
施設区分 (区分を選択)	
施設名称	

書類の作成責任者の氏名及び連絡先 ※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がつきやすい方)の連絡先を記入すること。	(フリガナ)	
	氏名	
	役職	
	連絡先電話番号	
	E-mail	

※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	施設名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	(フリガナ)			
	名称			
2	施設の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	〒			
	都道府県			
	所在地			
	電話			
	FAX			
3	施設の開設者の氏名 (法人の場合は法人名)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	(フリガナ)			
	氏名			
4	施設の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	〒			
	都道府県			
	所在地			
	電話			
	FAX			
5	施設の管理者の氏名	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	(フリガナ)			
	氏名			
6	施設のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報もしくは施設概況を掲載しているウェブサイトのアドレスを記入すること。ウェブサイトがない場合、空欄とすること。		
7	歯科医師の員数	当該施設に勤務する歯科医師(研修歯科医は含まない)について、常に勤務する歯科医師数(常勤換算を含む)と常勤の指導歯科医数について、「17 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。		
	常に勤務する歯科医師数	名	「17 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数(常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数)を記入すること。	
	うち常勤の指導歯科医数	名	「17 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。	
8	歯科衛生士の員数	常勤換算	名	当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
9	看護師の員数	常勤換算	名	当該施設に勤務する看護師(准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者)について、常勤換算し、記入すること。
10	診療科名	医療法に基づき当該施設が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。		
11	病床数	施設全体の病床数	床	医療法上の許可病床数(一般病床数)を記入すること。
		うち歯科病床数	床	歯科関連病床数を記入すること。
12	歯科設備状況	歯科診療台については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。		
	歯科診療台		台	
	ポータブルユニット			
13	外来患者延べ数(※前年度実績) 申請年度の前年度中に来院した外来患者数延べ数をもととすること。 「1日平均延べ患者数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数(少数第二位を四捨五入)とすること。			
		外来診療(訪問診療除く)		訪問診療
	年間患者延べ数			
	年間診療実日数			
	1日平均患者延べ数			
入院患者数(※前年度実績) 「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。				
	年間入院患者実数	歯科・歯科口腔外科		

※14,15,16については、単独型臨床研修施設又は管理型臨床研修施設のみ記入のこと
 研修管理委員会について

14	研修管理委員会の議事内容等の記録・保管	保存方法	【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】		
		保存期間	その他の場合（具体的に記入すること）		年間保存
14	研修管理委員会の開催状況	年		回	
	研修管理委員会の出席率（前年度実績）	年間平均		%	委任状出席を認めている場合は、委任状出席を含んだ出席状況とすること。
15	研修管理委員会の構成員の氏名等 研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。 ※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。 ※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する施設の名称、役職を記入すること。 ※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については空欄で差し支えない。 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。				
	氏名	所属	役職	備考	
1	フリガナ 氏名				研修管理委員長
2	フリガナ 氏名				
3	フリガナ 氏名				
4	フリガナ 氏名				
5	フリガナ 氏名				
6	フリガナ 氏名				
7	フリガナ 氏名				
8	フリガナ 氏名				
9	フリガナ 氏名				
10	フリガナ 氏名				
11	フリガナ 氏名				
12	フリガナ 氏名				
13	フリガナ 氏名				
14	フリガナ 氏名				
15	フリガナ 氏名				
16	フリガナ 氏名				
17	フリガナ 氏名				
18	フリガナ 氏名				
19	フリガナ 氏名				
20	フリガナ 氏名				

16 管理する研修プログラム

※自施設が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。（自施設が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。）
 欄が不足する場合は、適宜追加すること。

	研修プログラム番号	研修プログラム名称	施設区分 (プルダウンから選択)	自施設での研修期間 (○ヶ月、○週間など)	受け入れた研修歯科医数（※前年度実績）（○名）
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

年次報告書

施設番号：	
施設名称：	

※以下からは単独型臨床研修施設又は管理型臨床研修施設の年次報告をする場合、研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

18	研修プログラムの名称 研修プログラム番号				
19	臨床研修の目標を達成するための研修内容等	症例数の数え方、考え方について ※本研修プログラムを実施する場合の、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入すること。 1. 初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする 2. 処置ごとに一症例とする 3. その他			
		その他の場合（具体的に記入すること）			
		歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（合計）		例	
		研修期間中に経験することを目標とする研修歯科医1人当たり症例数(目標症例数)（合計）		例	
		協力型(II)臨床研修施設での研修分野・内容：	※協力型(II)臨床研修施設と共同して研修を行う場合に記入すること		
			協力型(II)臨床研修施設が補完する臨床研修施設の区分		
		研修分野・内容：			
		研修協力施設での研修分野・内容： ※研修協力施設と共同して研修を行う場合に記入すること。 ※厚生労働省が示す「歯科医師臨床研修の到達目標」以外に研修プログラムごとに設定する到達目標がある場合は、備考欄に記入すること。	備考：		
20	研修プログラムの実績	当該研修プログラムを修了した研修歯科医数（※前年度実績）			
		実際に研修歯科医を受け入れた施設数（※前年度実績）	協力型（I）		
			協力型（II）		
			研修協力施設		
			研修プログラム開始前の採用予定者数（※今年度）		
			現に受け入れている研修歯科医の数（※今年度開始時点）		
			研修歯科医1人あたりの平均症例数（※前年度実績）		
		目標症例数を達成した研修歯科医の割合（※前年度実績）			
21	プログラム責任者の氏名	プログラム責任者	(フリガナ)		
			氏名		
		副プログラム責任者	(フリガナ)		
			氏名		
22	研修歯科医の指導体制	研修歯科医の指導体制について、プルダウンから選択すること。 「3. その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。			
		研修歯科医の指導体制について、選択し、その他具体的に記入すること。 1. 指導歯科医の直接の指導をが中心 2. 指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする 3. その他			
		その他の場合（具体的に記入すること）			
23	募集定員	名			
24	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1. 公募 2. その他】		
			その他の場合（具体的に記入すること）		
		選考方法 (複数選択可)	【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】		
			その他の場合（具体的に記入すること）		
		募集及び選考の時期	募集時期		頃から
	選考時期		頃から		
	マッチング利用の有無	【1.有 0.無】			

以下からは、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合に記入又はプルダウンから選択すること。

	研修協力施設の名称及び指導体制	施設番号	施設名称	施設の種類	研修歯科医の指導を行う者の氏名	研修歯科医の指導を行う者の担当分野
		※新規申請中の場合は空欄とすること。		1.医療機関 2.その他機関		
27	※すべての研修協力施設について施設番号順に、施設番号、施設名称、施設の種類等を記入又はプルダウンから選択すること。 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。					

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

年次報告書

施設番号：	
施設名称：	

※以下からは協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設の年次報告をする場合、研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

18	参加する研修プログラムの名称				
	研修プログラム番号				
19	参加するプログラムにおける本施設の役割	※参加する研修プログラムにおける、本施設の役割を記入すること。			
20	参加する研修プログラムにおける本施設の特徴	※参加する研修プログラムにおける、本施設の特徴を記入すること。			
21	募集定員	名			
22	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1. 公募 2. その他】 その他の場合（具体的に記入すること）		
		選考方法 （複数選択可）	【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】 その他の場合（具体的に記入すること）		
	募集及び選考の時期	募集時期		頃から	
		選考時期		頃から	
	マッチング利用の有無	【1.有 0.無】			
23	研修歯科医の処遇	協力型(Ⅰ)・協力型(Ⅱ)・研修協力施設における処遇の適用	1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。		
		「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。			
		常勤・非常勤の別	【1. 常勤 2. 非常勤】		
		研修手当	基本手当（時給換算）		円/時間
			賞与/年		円
		その他手当	【1.有 0.無】		
			その他（具体的に）		
		勤務時間	基本的な勤務時間	～	
			その他（具体的に）		
		休暇	基本的な休暇		
			その他（具体的に）		
		時間外勤務	【1.有 0.無】		
		当直	【1.有 0.無】		
		研修歯科医の宿舍	【1.有 0.無】		
			有の場合		戸
			無の場合	住宅手当/月	
		研修歯科医のための施設内の部屋	【1.有 0.無】		
	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）			
	歯科医師賠償責任保険の扱い	医療機関において加入	【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	【1.有 0.無】		

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

臨床研修中断証

ふりがな		生年月日	昭和・平成	年	月	日			
研修歯科医の氏名									
歯科医籍登録番号	第	号	歯科医籍登録年月日	平成・令和	年	月	日		
中断した臨床研修に係る研修プログラム番号及び名称		研修プログラム番号	研修プログラムの名称						
臨床研修を行った臨床研修施設等の名称	臨床研修施設								
	研修協力施設								
研修開始年月日	平成・令和	年	月	日	研修中断日	平成・令和	年	月	日
		(休止期間)		() 日					
※臨床研修を中断した理由：									
※臨床研修を中断した時までの臨床研修の内容：									
※中断した時までの研修内容における当該研修歯科医の評価：									

※適宜、研修内容やその評価が分かるような資料（指導歯科医による研修歯科医の評価表など）を添付すること。

上の者は、研修プログラムのうち中断時までの内容について履修したことを証明する。

令和 年 月 日

○ ○ 病院 院 長 ○ ○ ○ ○

○ ○ 病院研修管理委員会委員長 ○ ○ ○

臨床研修中断報告書

ふりがな		性別		昭和・平成	年	月	日
研修歯科医の氏名		男・女		生年月日			
歯科医籍登録番号	第		号	歯科医籍登録年月日	平成・令和	年	月
※中断を認めた理由：							
※中断を認めた理由について通知本文の以下の規定のうち該当する〔〕内の番号を○で囲むこと							
通知本文第2の18 (1) イ							
(7) [① ・ ② ・ ③]							
(4) [① ・ ② ・ ③]							
※中断までの経緯：							
※中断後の進路（見込のときは、「見込」と記入すること）：							
※特記事項（今回中止した研修プログラム以前に中止した研修プログラムのある場合は、その名称と番号を記入）：							

上の者は、当院における臨床研修を中断したことを報告する。

令和 年 月 日

○ ○ 病院 院長

○○病院研修管理委員会委員長

臨床研修の再開（の受け入れ）に係る履修計画表

ふりがな				昭和											
研修歯科医の氏名				平成		年	月	日							
歯科医籍登録番号	第		号	歯科医籍登録年月日	平成	年	月	日							
中断した臨床研修を行った施設の名称															
中断した臨床研修に係る研修プログラム番号及び名称		研修プログラム番号	研修プログラムの名称												
臨床研修の再開後に履修する研修プログラム番号および名称		研修プログラム番号	研修プログラムの名称												
研修再開年月日	令和		年		月		日	研修修了予定年月日	令和		年		月		日
研修再開受け入れ時までの休止期間 (中断した病院における休止期間を含む)										日					
臨床研修を行う分野		研修項目ごとの施設（研修分野ごとの研修期間） ※再開後、修了までに必要となる研修分野の履修計画を記入してください。													
		施設番号	施設の名称						研修期間						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						
									年 月～ 年 月（月）						

※より詳細な履修内容が分かるような資料があれば添付すること。

上の者は、当院において上記履修計画により臨床研修を再開することを報告する。
また、上記再開によっても必要な症例は確保されるものである。

令和 年 月 日

〇〇病院 院長

〇〇病院研修管理委員会委員長

臨床研修修了証

ふりがな											
研修歯科医の氏名											
生年月日	昭和・平成	年	月	日							
歯科医籍登録番号	第								号		
歯科医籍登録年月日	平成・令和	年	月	日							
修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称	研修プログラム番号					研修プログラムの名称					
研修開始年月日	平成・令和	年	月	日	開始						
研修修了年月日	平成・令和	年	月	日	修了						
臨床研修を行った 臨床研修施設 施設番号及び名称	単独型／管理型臨床研修施設										
	施設番号					臨床研修施設の名称					
	協力型（Ⅰ）／協力型（Ⅱ）臨床研修施設（※該当ある場合）										
	施設番号					臨床研修施設の名称					
研修協力施設で研修を行った場合にはその施設番号及び名称											

※研修中断により複数の研修プログラムを履修した場合には、修了認定を行った以外の研修プログラム及び当該研修プログラムを履修した施設の名称について、別紙に記載すること。

上の者は、〇〇病院歯科医師臨床研修プログラムの課程を修了したことを認定する。

令和 年 月 日

〇〇病院 院長

〇〇病院研修管理委員会委員長

臨床研修修了証

ふりがな	○○○ ○○○	
研修歯科医の氏名	○ ○ ○ ○	
生年月日	昭和 56 年 4 月 23 日 平成	
歯科医籍登録	※ 歯科医籍に登録された日付けを記入してください。 (歯科医師国家試験合格日ではありません)	
987654 号		
歯科医籍登録年	8 年 4 月 16 日	
修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称	研修プログラム番号	研修プログラムの名称
	0 5 9 0 9 0 1 0 1	○○病院歯科医師臨床研修プログラム
研修開始年月日	平成 10 年 4 月 1 日 開始	
研修修了年月日	3 月 31 日 修了	
臨床研修を行った臨床研修施設番号及び名称	単独型／管理型臨床研修施設	
	施設番号	臨床研修施設の名称
	0 5 9 0 9 0	医療法人○○会 ○○病院
	協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設（※該当ある場合）	
臨床研修を行った臨床研修施設番号及び名称	施設番号	臨床研修施設の名称
	0 5 9 0 0 0 2	医療法人○○会 ○○歯科・小児歯科クリニック
	保健所, (059915)○○福祉センター	

※ 該当する施設がない部分には、「斜線」を引いてください。
 ※ 単独型の研修プログラムの場合には、3つの欄のすべてに「斜線」を引いてください。
 ※ 欄が不足する場合は、任意に増やして記入

研修協力施設のない場合には、「斜線」を引いてください。

※研修中断により複数のプログラムを履修した場合、修了認定を行ったプログラム及び当該プログラムを履修した施設の日付について、別紙に記載すること。

上の者は、○○病院歯科医師臨床研修プログラムの課程を修了したことを認定する。

令和2年3月31日

○○病院 院長

○ ○ ○ ○

○○病院研修管理委員会委員長

○ ○ ○ ○

【修了証作成上の注意】

- ① 文字のサイズ、セル内の配置等については、適宜調整して作成してください。
- ② 協力型臨床研修施設の名称を記載する欄は、該当する施設のない部分は「斜線」を引いてください。

研修協力施設のない場合には、研修協力施設の名称を記入する欄に「斜線」を引いてください。

※ 例えば、単独型のプログラムで研修協力施設のない場合の記載は以下のようしてください。

臨床研修を行った 臨床研修施設の 施設番号及び名称	単独型/管理型臨床研修施設											
	施設番号						臨床研修施設の名称					
	0	5	9	0	9	0	医療法人〇〇会 〇〇病院					
	協力型臨床研修施設											
	施設番号						臨床研修施設の名称					
							/					
							/					
							/					
	研修協力施設で研修を行った場合にはその施設番号及び名称											
	/											

提出年月日

臨床研修修了者一覧表

施設番号		単独型・管理型 臨床研修施設の名称	
------	--	----------------------	--

	研修プログラム 番号	研修歯科医の氏名	生年月日	歯科医籍 登録番号	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

※複数の研修プログラムを有する臨床研修施設にあっては、研修プログラムごとに研修修了証を交付した研修歯科医の氏名等をまとめて記載すること。

※生年月日は和暦で記載すること。

※欄が足りない場合は、同様の表を追加すること。

臨床研修未終了理由書

ふりがな				昭和 ・ 平成		年	月	日	
研修歯科医の氏名				生年月日					
歯科医籍 登録番号	第	号		歯科医籍 登録年月日	平成 ・ 令和	年	月	日	
未終了の臨床研修に係る 研修プログラム番号及び名称		研修プログラム番号		研修プログラムの名称					
臨床研修を行った 施設番号及び名称		単独型／管理型臨床研修施設							
		施設番号		臨床研修施設の名称					
		協力型（Ⅰ）／協力型（Ⅱ）臨床研修施設（※該当ある場合）							
		施設番号		研修施設の名称					
研修協力施設で研修 を行った場合にはその施設番号 及び名称									
研修期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
臨床研修を修了していないと認める理由： 									

※適宜、研修内容やその評価が分かる資料（指導歯科医による研修歯科医の評価表など）など、研修を修了していないとする理由が分かる資料を添付すること。

上の者は、上記の理由により、研修プログラムを修了していないものと認められるので通知する。

令和 年 月 日

○ ○ 病院 院長 ○ ○ ○ ○

○ ○ 病院研修管理委員会委員長 ○ ○ ○

臨床研修の未修了者に係る履修計画表

ふりがな				生年月日		昭和・平成	年	月	日
研修歯科医の氏名				歯科医籍登録年月日		平成・令和	年	月	日
歯科医籍登録番号	第	号		歯科医籍登録年月日		平成・令和	年	月	日
未修了の臨床研修を継続する研修プログラム番号及び名称		研修プログラム番号		研修プログラムの名称					
研修継続期間		月 (日)		研修修了予定年月日		令和	年	月	日
臨床研修を行う分野		研修項目ごとの施設（研修分野ごとの研修期間） ※再開後、修了までに必要となる研修分野の履修計画を記入してください。							
		施設番号	施設の名称					研修期間	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	

※当該未修了者に係る臨床研修未修了理由書の写しを添付すること。
 ※より詳細な履修内容が分かるような資料を添付すること。

上の者は、当院において上記履修計画により臨床研修を継続することを報告する。
 また、上記再開によっても必要な症例は確保されるものである。

令和 年 月 日

〇〇病院 院長

〇〇病院研修管理委員会委員長