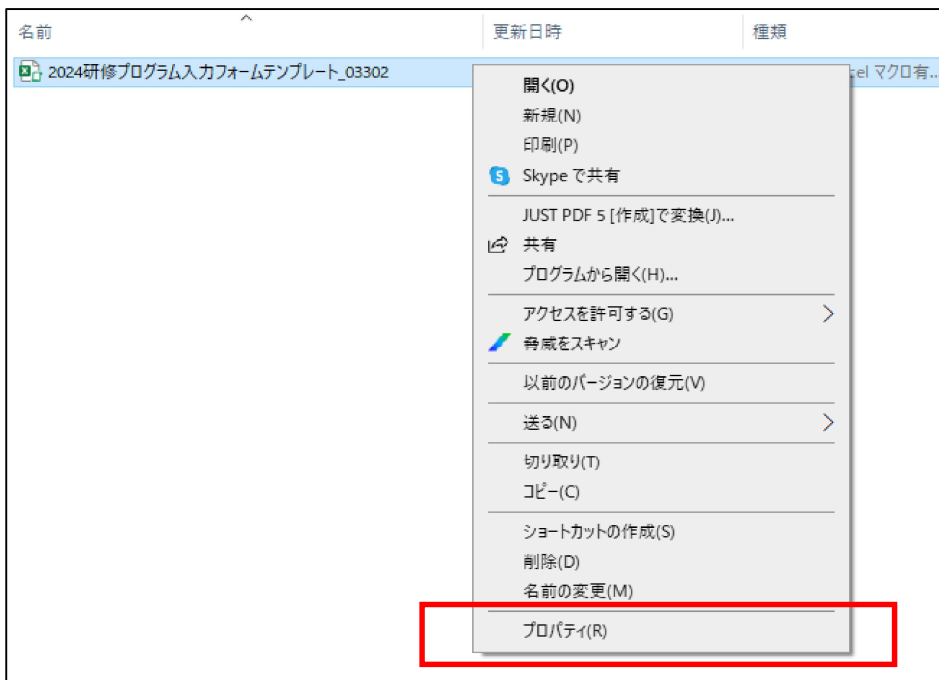


エクセルシートを開く前に、以下のご対応をお願いいたします。

①保存したエクセルファイルを右クリックし、「プロパティ」を開きます。



②「全般」の下部のチェックボックスにチェックを入れます。



③プロパティを閉じて、エクセルファイルを開きます。

【プログラム詳細】

施設管理コード※	123456789		9桁の数字	半角英数記号	JMSB Online System+にて使用されている9桁の数字を使用して下さい。不明な場合はJMSB Online System+にて検索が可能です。
統括責任者氏名※	姓	名			
	機構	太郎	1文字以上	半角英数記号	
メールアドレス※	xxx@xxx.xxx		xxx@xxx.xxx の形式	半角英数記号	
役職※	部長		1文字以上	半角数字	
電話番号※	03-0000-0000		ハイフンを2つ含む形式	半角数字	
領域※	領域をリストから選択して下さい。		リストから選択	半角数字	
申請年度※	2023		2000以上	半角数字	
認定番号	不明な場合は担当基本領域学会で入力				
プログラム名称※	○○○病院△△科	専門研修プログラム	1文字以上18文字以下。		「専門研修プログラム」までの文字数が18文字以下になるようにして下さい。
研修年限※	3		3以上		
郵便番号※	000-0000		7桁の郵便番号（ハイフン無し）		
住所※	東京都○○区△△町×丁目1-1				
住所続き※			必要なら追加		
(基幹) 施設名※	○○○病院				
施設URL※	http://				
連絡先担当名・メール※	担当者名	メールアドレス	連絡先担当名は1文字以上		当機構からのご連絡は以下にお送りいたします。 ・統括責任者 ・連絡先担当 ・登録者 ・事務担当者 連絡が届かない場合等に備えて、できるだけ違う方のアドレスでのご登録を推奨いたします。
	専門次郎	xxx@xxx.xxx	メールは、xxx@xxx.xxx の形式		
登録者 姓・名※	登録者 姓	登録者 名			
	機構	太郎			
登録者メールアドレス※	xxx@xxx.xxx		xxx@xxx.xxx の形式	半角英数記号	
登録者役職※	部長		自由記入		
登録者電話番号※	電話番号	内線		半角数字	
	03-0000-0000	1234			
事務担当名・メールアドレス	担当者名	メールアドレス		半角数字	
	専門三郎	xxx@xxx.xxx			
備考（内線など）					
定員数（通常枠）※	5		0以上の整数	半角数字	
シーリング対象プログラム	○	該当する場合○を選択し、以下に記入してください。			
定員数（連携枠）※	3		0以上の整数	半角数字	
定員数（都道府県限定分）			0以上の整数	半角数字	
定員数（特別地域連携枠）			0以上の整数	半角数字	

【冊子情報詳細】

専門研修プログラムの概要※				自由記入		
専門研修はどのようにおこなわれるのか※				自由記入		
専攻医の到達目標※	修得すべき知識・技能・態度など			自由記入		
	各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得			自由記入		
	学問的姿勢			自由記入		
	医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性			自由記入		
施設群による研修プログラムと地域医療についての考え方※	年次毎の研修計画			自由記入		
	研修施設群と研修プログラム			自由記入		
	地域医療について			自由記入		
専門研修の評価※				自由記入		
修了判定※				自由記入		
専門研修管理委員会※	専門研修プログラム管理委員会の業務			自由記入		
	専攻医の就業環境			自由記入		
	専門研修プログラムの改善			自由記入		
	専攻医の採用と修了			自由記入		
	研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件			自由記入		
	研修に対するサイトビジット（訪問調査）			自由記入		
専門研修指導医※ 最大で10名までにしてください。 主な情報として医師名、所属、 役職を記述してください。				自由記入		
Subspecialty領域との連続性				自由記入		
専攻医の処遇（基幹施設） （※任意）	雇用形態 常勤（任期の有無）・非常勤	常勤	常勤の場合、任期の有無	なし	選択	
	給与 月額または年額いずれか	月額（円）	250,000	年額（円）		
	諸手当 当直、時間外、賞与、その他	当直手当	20,000円			自由記入
		時間外手当	別途支給			自由記入
		賞与	年2回支給			自由記入
		その他				自由記入
	健康保険（社会保険） 組合・共済・協会・国保	組合				選択
	医療賠償責任保険の適用 病院加入・個人加入	病院加入				選択
	勤務時間（できるだけ記載してください）		9:00～17:30（休憩60分）			自由記入
	週休		2日			自由記入
	休暇（年次有給・夏季休暇） 例；有給20日 夏季休暇3日など		有休20日			自由記入
	年間時間外・休日労働時間 （1年未満の研修期間の場合は年換算して記載）		540		時間	自由記入
	勤務上限時間の設定 有・無 月○時間	あり	有の場合 月 45		時間	
	月の当直回数（宿日直許可の有無）	あり	有の場合 月 3		回	
	専攻医の処遇（連携施設） （可能な限り各連携施設毎できるだけ記載 してください） （※任意）	雇用形態 常勤（任期の有無）・非常勤	非常勤	常勤の場合、任期の有無		選択
給与 月額または年額いずれか		月額（円）	300,000	年額（円）		
諸手当 当直、時間外、賞与、その他		当直手当	20,000円			自由記入
		時間外手当	別途支給			自由記入
		賞与	年2回支給			自由記入
		その他				自由記入
健康保険（社会保険） 組合・共済・協会・国保		組合				選択
医療賠償責任保険の適用 病院加入・個人加入		個人加入				選択
勤務時間			8:45～17:15（休憩60分）			自由記入
週休			土日祝			自由記入
休暇（年次有給・夏季休暇） 例；有給20日 夏季休暇3日など			有休20日			自由記入
年間時間外・休日労働時間 （1年未満の研修期間の場合は年換算して記載）			960		時間	自由記入
勤務上限時間の設定 有・無 月○時間		あり	有の場合 月 80		時間	
月の当直回数（宿日直許可の有無）		あり	有の場合 月 2		回	
詳しい専門研修概要（冊子）URL		http://				

プログラムを選択する上で専攻医となる先生方がご参照される情報となりますので、できるだけ詳しくご記載をお願い致します。必須事項は、必ずご入力が必要です。各プログラムで作成頂いているプログラム冊子をご参照の上ご入力下さい。

【書式について】
・改行は有効です。
・文字数上限は1項目につき2万文字です。
・※は必須です。
・図表などは入力できません。

プログラム整備基準の該当項目をご参照下さい。

基幹施設に限定はしておりませんので、10名以内の先生をご記載下さい。

プログラム整備基準の該当項目をご参照下さい。該当しない領域は記載不要です。

連携施設で複数の施設を記載する場合には、自由記入となっておりますので、それぞれの項目の所に○〇病院10000円、△△病院12000円、■●病院15000円など順にご記載いただくか、それが難しい場合には標準的な金額や時間などを記載ください。

冊子情報を公開している病院HPのURLや、冊子PDFのURLを入力して下さい。

