14号様式

研修施設申告書

西暦　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 代表指導医 | 印　　指導医登録番号 |
| 連　絡　先 | 電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当　　　　　　　）  E-mail： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 申 告 内 容 | |
| １ | 指定申請時の常勤指導医数 | 名 |
| ２ | 指定申請時の常勤専門医数（指導医は含みません） | 名 |
| ３ | 指定申請時の常勤歯科医師総数 | 名 |
| ４ | 歯科診療ユニット数 | 台 |
| ５ | 週間平均患者数 | 名 |
| 研修実施計画（貴施設における研修目標と内容について概略をお書きください） | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |