

# 研修施設申告書

西暦 年 月 日

医療機関名	13号様式記載の名称と同一の名称を記入して下さい	
所在地	〒 記名押印または自署して下さい	指導医申請と同時申請の場合は記入不要
代表指導医	印	指導医登録番号 _____
連絡先	電話 _____ (担当 _____)	E-mail: _____

本会指導医(申請中を含む)の歯科医師数を記入して下さい

項目	申告書	
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	名
5	週間平均患者数 (平常時・COVID-19環境下)	名

本会専門医(申請中を含む)の歯科医師数を記入して下さい

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)

本会会員に限らず、申請する診療科あるいは施設で診療に携わる常勤歯科医師の総数を記入して下さい (本会指導医、専門医を含む)

申請する診療科あるいは施設で管轄している稼動可能な診療台の総数を記入して下さい

申請する診療科あるいは施設の平常時またはCOVID-19環境下のどちらか区別を添えて、週間平均患者数を延べ人数で記入して下さい