

(様式1)

※登録番号 _____

※受付番号 _____

一般社団法人日本外傷学会 外傷専門医研修施設 更新 申請書

2024年 _____ 月 _____ 日

一般社団法人日本外傷学会
代表理事 渡部 広明 殿

一般社団法人日本外傷学会専門医制度規則および同施行細則にもとづき、外傷専門医研修施設の更新を申請します。

施設名： _____
(ふりがな) _____

施設長名： _____
(ふりがな) _____

公
印

施設所在地： 〒 _____

申請責任者となる外傷専門医氏名： _____
(ふりがな) _____

会員番号： _____

同所属名： _____

電話番号： _____ - _____

FAX番号： _____ - _____

E-Mail： _____

施設名	
-----	--

外傷専門医履歴書

氏 名 : ⑩

外傷専門医認定番号 : (.....)

※ 外傷専門医認定証のコピーを添付すること

現住所 : 〒

.....

最終学歴 :

西暦.....年.....月卒業

主 な 職 歴	
(西暦)年 月	事 項

(様式3)

施設名	
-----	--

申請施設内容

1. 診療科目数.....科.....総病床数.....床
 申請責任者所属科(部)の病床数.....床

2. 過去3年間の申請責任者所属科(部)の実績

年	外傷入院	非外傷入院	M&Mカンファレンス 開催回数
2021年			
2022年			
2023年			

*1年間は1月1日～12月31日となります。

3. 常勤の外傷専門医数(.....名)

4. 常勤の外傷専門医氏名(※外傷専門医認定証のコピーの添付は不要です)

	専門医氏名	所属科(部)名	外傷専門医番号
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

(様式4)

施設名	
-----	--

直近1年間に行われた死亡症例等に関するカンファレンス記録

morbidity and mortality (M&M) conference

開催日時							
出席者							
年齢/性別							
損傷名							
AIS	頭頸部	顔面	胸部	腹部	四肢骨盤	体表	ISS
搬送～ 治療経過							
問題点・ 死因につい ての考察							
今後の 改善点							