

施設名	教育関連施設番号									
			—					—		

20 年 1 月 1 日～12 月 31 日の形成外科に関する教育研究活動
(教育関連施設：実績点1点以上を提出)

※「1. 学会発表」及び「2. 論文発表」を証明する提出の資料には、該当の「氏名」及び「施設名」に朱色でアンダーラインを引いてください。

1. 学会発表 (専門医生涯教育委員会が認めた学会・研修会での発表 1 回につき 1 点)

※証明する資料として、発表時に演者が更新申請の施設に在籍していたことが分かるページのコピーを必ず提出してください。

学術集会名	開催日	演題名	発表者氏名・所属
	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年		
	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年		
	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年		

2. 論文発表 (単著または筆頭著者による形成外科に関する論文 1 編につき 2 点)

※証明する資料として、投稿時に単著者 or 筆頭著者が更新申請の施設に在籍していたことが分かるページのコピーを必ず提出してください。

※掲載誌の条件は、年に 2 回以上発行されており、査読の有る学術雑誌で、第 1 発表者の所属施設が更新申請の施設名であること。

学会名・掲載誌名	年月日	論文名	発表者氏名・所属
	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年		
	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年		

下記に点数を記入

学会発表 点	論文発表 点	合計点

※承認

施設認定基準研修体制について 以下の各項目についての [有 ・ 無] に○をご記入ください。

- (1) 院内学習 [有 ・ 無]、 検討会 [有 ・ 無]、 CPC [有 ・ 無]
(2) 院内倫理対策 [有 ・ 無]、 医療安全管理に関する管理組織 [有 ・ 無]