

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2020 年 4 月 1 日

都道府県知事 殿

病院名 東北医科薬科大学病院

開設者 学校法人東北医科薬科大学 理事長 高柳 元明 印

医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 14 年厚生労働省令第 158 号）第 12 条に基づき、年次報告書を提出いたします。

また、併せて、同省令第 9 条に基づき、1. 研修プログラムの変更、②. 研修プログラムの新設を届け出ます。（研修プログラムを変更する場合には「1. 研修プログラム変更」に、研修プログラムを新設する場合には「2. 研修プログラムの新設」に○をつけてください。）

①. 基幹型臨床研修病院 2. 協力型臨床研修病院 （報告又は届出を行う臨床研修病院の型の番号に○をつけてください。）

- ・項目番号 1 から 25 までについては、年次報告において記入してください。
- ・研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号 26 から 36 までについても記入してください。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 1 －

病院施設番号：030052

臨床研修病院の名称：東北医科薬科大学病院

記入日：西暦 2020 年 4 月 1 日

病院施設番号 (基幹型、協力型記入) 既に番号を取得している臨床研修病院については 病院施設番号を記入してください。	030052	臨床研修病院群の名称 (基幹型、協力型記入) 既に臨床研修病院群番号を有している臨床 研修病院群については、番号も記入し てください。	名称 東北医科薬科大学病院群 番号 030052
作成責任者の氏名及び連絡先 (基幹型、協力型記入) 本報告書の問合せに対して回答できる作成 責任者について記入してください。	フリガナ キチ メギミ 氏名 (姓) (名) 菊地 恵		役職 医学部卒後研修支援センター 事務担当 (内線 1478) (直通電話 (022) 259—1221) e-mail : kenshu-shien@hosp. tohoku-mpu. ac. jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ トホクイカヤカダ イグ ケビ ヨウイン 東北医科薬科大学病院		
2. 病院の所在地及び二次医 療圏の名称 (基幹型・協力型記入)	〒 9 8 3 8 5 1 2 (宮城県) 仙台市宮城野区福室一丁目 12 番 1 号 電話 : (022) 259—1221 F A X : (022) 259—1232 二次医療圏 の名称 : 仙台		
3. 病院の開設者の氏名 (法 人の名称) (基幹型・協力型記入)	フリガナ ガッコウホジントホクイカヤカダ イグ ク リジ チョウ タカナギ モトアキ 学校法人東北医科薬科大学 理事長 高柳 元明		
4. 病院の開設者の住所 (法 人の主たる事務所の所在 地) (基幹型・協力型記入)	〒 9 8 1 8 5 5 8 (宮城県) 仙台市青葉区小松島四丁目 4 番 1 号 電話 : (022) 234—4181 F A X : (022) 275—2013		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ コンドウ 姓 近藤		タニ 名 丘
6. 研修管理委員会の構成員の氏名 及び開催回数 (基幹型記入)	* 別紙 1 に記入 研修管理委員会のすべての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。		
7. 病院群の構成等 (基幹型記入)	* 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。		
8. 病院のホームページアドレス (基幹型・協力型記入)	http:// www. hosp. tohoku-mpu. ac. jp/		

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 2 －

病院施設番号：030052

臨床研修病院の名称：東北医科薬科大学病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤：229 名、非常勤（常勤換算）：0 名 計（常勤換算）：229 名、医療法による医師の標準員数：43.38 名 ＊ 研修医の氏名等について様式 3 に記入	
10. 救急医療 の提供の実績 （基幹型・協力型記入）	救急病院認定の告示		告示年月日：西暦 2019 年 4 月 1 日、告示番号：第 334 号	
	医療計画上の位置付け		1. 初期救急医療機関 ②. 第二次救急医療機関 3. 第三次救急医療機関	
	救急専用診療（処置）室の有無		①. 有 （159.94）m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 8,782 件（うち診療時間外： 7,013 件） 1 日平均件数： 24.0 件（うち診療時間外： 19.2 件） 救急車取扱件数： 3,819 件（うち診療時間外： 2,569 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師：2 名、看護師及び准看護師：3 名	
	指導を行う者の氏名等		＊ 別紙 4 に記入	
	救急医療を提供している診療科		内科系（①. 有 0. 無） 外科系（①. 有 0. 無） 小児科（1. 有 ②. 無） その他（ ）	
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） （基幹型・協力型記入）			1. 一般： 508 床、2. 精神： 46 床、3. 感染症： _____ 床 4. 結核： _____ 床、5. 療養： _____ 床	
12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 （基幹型・協力型記入）			＊ 別紙 2 に記入	
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） （基幹型・協力型記入）			1. 一般： 15.4 日、2. 精神： 62.8 日、3. 感染症： _____ 日 4. 結核： _____ 日、5. 療養： _____ 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数：18 件、異常分娩件数：7 件	
15. 臨床病理 検討会（CPC）の実施状況 （基幹型・協力型記入）	開催回数		前年度実績：4 回、今年度見込：4 回 ※報告・届出病院の主催の	
	指導を行う病理医の氏名等		＊ 別紙 4 に記入 下に開催した回数を記載	
	剖検数		前年度実績：10 件、今年度見込：10 件	
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室	①. 有 0. 無 （ ）大学、（ ）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
16. 研修医の ための宿舎及 び研修医室の 有無 （基幹型・協力型記入）	研修医の宿舎		①. 有（単身用：72 戸、世帯用： _____ 戸） 0. 無（住宅手当： _____ 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室		①. 有（1 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
17. 図書、雑誌、インター ネット等が利用 できる環境 及び医学教育 用機材の整備 状況 （基幹型・協力型記入）	図書室の広さ		（ 513 ）m ²	
	医学図書数		国内図書：8,699 冊、国外図書：449 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌：46 種類、国外雑誌：5 種類	
	図書室の利用可能時間		月～金 8：30-22：00 土～日 8：30-17：00 24 時間表記	
	文献データベース等の 利用環境		Medline 等の文献データベース①. 有 0. 無）、教育用コンテンツ（①. 有 0. 無）、 その他（ClinicalKey、UpToDate、医中誌 Web、その他電子ジャーナル契約多数）	
	医学教育用機材の整備 状況		利用可能時間（0：00～24：00）24 時間表記 医学教育用シミュレーター（①. 有 0. 無）、 その他（ ）	

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 3 －

病院施設番号：030052

臨床研修病院の名称：東北医科薬科大学病院

[illegible]

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 4 －

病院施設番号：030052 臨床研修病院の名称：東北医科薬科大学病院

項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
2 4 . 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。			1. 精神保健福祉士：2 名（常勤：2 名、非常勤：0 名）	
			2. 作業療法士：11 名（常勤：11 名、非常勤：0 名）	
			3. 臨床心理技術者：4 名（常勤：4 名、非常勤：0 名）	
			9. その他の精神科技術職員： 0 名（常勤：0 名、非常勤：0 名）	
2 5 . 第三者評価の受審状況 (基幹型記入)			1. 有 （評価実施機関名： （ 年 月 日）） ①. 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。	
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。				
2 6 . 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。			研修プログラムの名称： 東北医科薬科大学病院臨床研修プログラムA（標準コース） プログラム番号：_____	
2 7 . 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次：12 名、2 年次： 名	
2 8 . 研修医の募集及び採用の方法 (基幹型記入)	研修プログラムに関する問い合わせ先		フリガナ シバタ 千沙	
		氏名（姓） （名）		
		柴田 近		
		所属 役職		
		医学部卒後研修支援センター、消化器外科 副病院長、センター長、科長、教授		
		電話：(022) 259—1221 F A X：(022) 259—1232		
		e-mail： kenshu-shien@hosp.tohoku-mpu.ac.jp		
		URL：http://www.hosp.tohoku-mpu.ac.jp/resident/_____		
	資料請求先		住所	
		〒983-8512 （宮城県）		
仙台市宮城野区福室一丁目 12 番 1 号				
担当部門 医学部 卒後研修 支援センター		担当者氏名 フリガナ キチ ヲミ 姓 名 菊地 恵		
電話：(022) 259—1221 F A X：(022) 259—1232				
	e-mail： kenshu-shien@hosp.tohoku-mpu.ac.jp			
	URL：http://www.hosp.tohoku-mpu.ac.jp/resident/_____			
募集方法		①. 公募 2. その他（具体的に： ）		
応募必要書類 (複数選択可)		①. 履歴書、②. 卒業(見込み)証明書、③. 成績証明書、 4. 健康診断書、⑤. その他（具体的に：臨床研修申込書）		
選考方法 (複数選択可)		①. 面接 2. 筆記試験 その他（具体的に： ）		
募集及び選考の時期		募集時期：6 月 1 日頃から 選考時期：8 月 1 日頃から		
マッチング利用の有無		①. 有 0. 無		

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 5 －

病院施設番号：030052

臨床研修病院の名称：東北医科薬科大学病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

2 9. 研修プログラムの名称及び概要 (基幹型記入)		概要：＊ 別紙3に記入 (作成年月日：西暦 2020 年 4 月 1 日)																	
3 0. プログラム責任者の氏名等（副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等） (基幹型記入) ＊ プログラム責任者の履歴を様式2に記入 ＊ 副プログラム責任者が配置されている場合にあっては、副プログラム責任者の履歴を様式2に記入		<table><tr><td colspan="2">(プログラム責任者)</td></tr><tr><td>フリガナ シバタ</td><td>カナ シバタ</td></tr><tr><td>氏名（姓）</td><td>氏名（名）</td></tr><tr><td>柴田</td><td>近</td></tr><tr><td>所属</td><td>役職</td></tr><tr><td>医学部卒後研修支援センター、消化器外科</td><td>副病院長、センター長、科長、教授</td></tr><tr><td colspan="2">(副プログラム責任者)</td></tr><tr><td colspan="2">1. 有（ 名） ①. 無</td></tr></table>		(プログラム責任者)		フリガナ シバタ	カナ シバタ	氏名（姓）	氏名（名）	柴田	近	所属	役職	医学部卒後研修支援センター、消化器外科	副病院長、センター長、科長、教授	(副プログラム責任者)		1. 有（ 名） ①. 無	
(プログラム責任者)																			
フリガナ シバタ	カナ シバタ																		
氏名（姓）	氏名（名）																		
柴田	近																		
所属	役職																		
医学部卒後研修支援センター、消化器外科	副病院長、センター長、科長、教授																		
(副プログラム責任者)																			
1. 有（ 名） ①. 無																			
3 1. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 (基幹型記入) すべての臨床研修指導医等（協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。）について氏名等を記入してください。		＊ 別紙4に記入																	
3 2. インターネットを用いた評価システム		①. 有（EPOC） 0. 無																	
3 3. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)		西暦 2021 年 4 月 1 日																	
3 4. 研修医の処遇 (基幹型・協力型記入)	処遇の適用 (基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。)	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。																	
	常勤・非常勤の別	②. 病院独自の処遇とする。																	
	研修手当	①. 常勤 2. 非常勤																	
		一年次の支給額（税込み）	二年次の支給額（税込み）																
		基本手当／月（ 323,800 円）	基本手当／月（ 336,800 円）																
		賞与／年（ 420,940 円）	賞与／年（ 673,600 円）																
		時間外手当： ①. 有 0. 無																	
		休日手当： ①. 有 0. 無																	
	勤務時間	基本的な勤務時間（8：30～17：15）24 時間表記																	
		休憩時間（12：00～13：00 60 分間）																	
		時間外勤務の有無：①. 有 0. 無																	
	休暇	有給休暇（1 年次：15 日、2 年次：11 日）																	
		夏季休暇（1. 有 ①. 無）																	
		年末年始（①. 有 0. 無）																	
	その他休暇（具体的に： ）																		
当直	回数（約 4 回／月）																		
研修医の宿舍（再掲）	①. 有（単身用：72 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。																		
研修医室（再掲）	①. 有（1 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。																		
社会保険・労働保険	公的医療保険（私学共済）																		
	公的年金保険（私学共済）																		
	労働者災害補償保険法の適用（①. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（1. 有 ①. 無）																		
	雇用保険（①. 有 0. 無）																		
健康管理	健康診断（年 1 回） その他（具体的に 電離放射線検診）																		
医師賠償責任保険の扱い	病院において加入（①. する 0. しない） 個人加入（1. 強制 ①. 任意）																		
外部の研修活動	学会、研究会等への参加：①. 可 0. 否																		
	学会、研究会等への参加費用支給の有無：①. 有 0. 無																		
3 5. 研修医手帳（基幹型記入）		①. 有 0. 無																	
3 6. 連携状況（基幹型記入）		＊ 様式6に記入																	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 4 －

病院施設番号：030052
 臨床研修病院の名称：東北医科薬科大学病院

項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
2 4 . 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 （基幹型・協力型記入） 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。			1. 精神保健福祉士：2 名（常勤：2 名、非常勤：0 名）	
			2. 作業療法士：11 名（常勤：11 名、非常勤：0 名）	
			3. 臨床心理技術者：4 名（常勤：4 名、非常勤：0 名）	
			9. その他の精神科技術職員： 0 名（常勤：0 名、非常勤：0 名）	
2 5 . 第三者評価の受審状況 （基幹型記入）			1. 有 （評価実施機関名： （ 年 月 日）） ①. 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。	
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。				
2 6 . 研修プログラムの名称 （基幹型・協力型記入） プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。			研修プログラムの名称： 東北医科薬科大学病院臨床研修プログラムB（地域たすき掛けコース） プログラム番号：	
2 7 . 研修医の募集定員 （基幹型記入）			1 年次：14 名、2 年次： 名	
2 8 . 研修医の募集及び採用の方法 （基幹型記入）	研修プログラムに関する問い合わせ先		フリガナ シバタ 千沙 氏名（姓） （名） 柴田 近 所属 役職 医学部卒後研修支援センター、消化器外科 副病院長、センター長、科長、教授 電話：(022) 259—1221 F A X：(022) 259—1232 e-mail： kenshu-shien@hosp.tohoku-mpu.ac.jp URL：http://www.hosp.tohoku-mpu.ac.jp/resident/	
	資料請求先		住所 〒983-8512 （宮城県） 仙台市宮城野区福室一丁目 12 番 1 号 担当部門 担当者氏名 医学部 フリガナ キチ ヲグミ 卒後研修 姓 名 支援センター 菊地 恵 電話：(022) 259—1221 F A X：(022) 259—1232 e-mail： kenshu-shien@hosp.tohoku-mpu.ac.jp URL：http://www.hosp.tohoku-mpu.ac.jp/resident/	
	募集方法		①. 公募 2. その他（具体的に： ）	
	応募必要書類 （複数選択可）		①. 履歴書、②. 卒業（見込み）証明書、③. 成績証明書、 4. 健康診断書、⑤. その他（具体的に：臨床研修申込書）	
	選考方法 （複数選択可）		①. 面接 2. 筆記試験 その他（具体的に： ）	
	募集及び選考の時期		募集時期：6 月 1 日頃から 選考時期：8 月 1 日頃から	
	マッチング利用の有無		①. 有 0. 無	

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 5 －

病院施設番号：030052 臨床研修病院の名称：東北医科薬科大学病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

29. 研修プログラムの名称及び概要 (基幹型記入)		概要：＊ 別紙3に記入 (作成年月日：西暦2020年4月1日)			
30. プログラム責任者の氏名等(副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等) (基幹型記入) ＊ プログラム責任者の履歴を様式2に記入 ＊ 副プログラム責任者が配置されている場合にあっては、副プログラム責任者の履歴を様式2に記入		(プログラム責任者) フリガナ ムロヤ ヨシカズ			
		氏名(姓) 室谷 氏名(名) 嘉一			
		所属 役職 医学部卒後研修支援センター、腎臓内分泌内科 副センター長、准教授			
		(副プログラム責任者) 1. 有() 名) ①. 無			
31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等 (基幹型記入) すべての臨床研修指導医等(協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。)について氏名等を記入してください。		＊ 別紙4に記入			
32. インターネットを用いた評価システム		①. 有(EP0C) 0. 無			
33. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)		西暦2021年4月1日			
34. 研修医の処遇 (基幹型・協力型記入)	処遇の適用 (基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。)	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。			
	常勤・非常勤の別	②. 病院独自の処遇とする。			
	研修手当	①. 常勤 2. 非常勤			
		一年次の支給額(税込み)	二年次の支給額(税込み)		
		基本手当／月(323,800円) 賞与／年(420,940円)	基本手当／月(336,800円) 賞与／年(673,600円)		
	勤務時間	時間外手当： ①. 有 0. 無			
		休日手当： ①. 有 0. 無			
		基本的な勤務時間(8:30～17:15)24時間表記 休憩時間(12:00～13:00 60分間) 時間外勤務の有無：①. 有 0. 無			
	休暇	有給休暇(1年次：15日、2年次：11日) 夏季休暇(1. 有 ①. 無) 年末年始(①. 有 0. 無) その他休暇(具体的に：)			
		当直 回数(約4回／月)			
		研修医の宿舍(再掲)	①. 有(単身用：72戸、世帯用： 戸) 0. 無(住宅手当： 円) 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。		
	研修医室(再掲)		①. 有(1室) 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。		
			社会保険・労働保険	公的医療保険(私学共済) 公的年金保険(私学共済) 労働者災害補償保険法の適用(①. 有 0. 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用(1. 有 ①. 無) 雇用保険(①. 有 0. 無)	
				健康管理	健康診断(年1回) その他(具体的に 電離放射線検診)
		医師賠償責任保険の扱い			病院において加入(①. する 0. しない) 個人加入(1. 強制 ①. 任意)
外部の研修活動	学会、研究会等への参加：①. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無：①. 有 0. 無				
	35. 研修医手帳 (基幹型記入)		①. 有 0. 無		
36. 連携状況 (基幹型記入)		＊ 様式6に記入			

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 4 －

病院施設番号：030052 臨床研修病院の名称：東北医科薬科大学病院

項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
2 4 . 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。			1. 精神保健福祉士：2 名（常勤：2 名、非常勤：0 名）	
			2. 作業療法士：11 名（常勤：11 名、非常勤：0 名）	
			3. 臨床心理技術者：4 名（常勤：4 名、非常勤：0 名）	
			9. その他の精神科技術職員： 0 名（常勤：0 名、非常勤：0 名）	
2 5 . 第三者評価の受審状況 (基幹型記入)			1 . 有 （評価実施機関名： （ 年 月 日）） ①. 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。	
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。				
2 6 . 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。			研修プログラムの名称： 東北医科薬科大学病院臨床研修プログラムC（小児産婦人科コース） プログラム番号： _____	
2 7 . 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次：4 名、2 年次： 名	
2 8 . 研修医の募集及び採用の方法 (基幹型記入)	研修プログラムに関する問い合わせ先		フリガナ シバタ 千沙	
			氏名（姓） （名）	
			柴田 近	
			所属 役職	
			医学部卒後研修支援センター、消化器外科 副病院長、センター長、科長、教授	
	資料請求先		電話：(022) 259—1221 F A X：(022) 259—1232	
			e-mail： kenshu-shien@hosp.tohoku-mpu.ac.jp	
			URL：http://www.hosp.tohoku-mpu.ac.jp/resident/_____	
			住所	
			〒983-8512 （宮城県） 仙台市宮城野区福室一丁目 12 番 1 号	
募集方法		担当部門	担当者氏名	
		医学部	フリガナ キチ ヲミ	
		卒後研修	姓	
		支援センター	菊地	名 恵
		電話：(022) 259—1221 F A X：(022) 259—1232		
応募必要書類 (複数選択可)		e-mail： kenshu-shien@hosp.tohoku-mpu.ac.jp		
		URL：http://www.hosp.tohoku-mpu.ac.jp/resident/_____		
		①. 公募		
		2. その他（具体的に： _____）		
		①. 履歴書、②. 卒業(見込み)証明書、③. 成績証明書、 4. 健康診断書、⑤. その他（具体的に：臨床研修申込書）		
選考方法 (複数選択可)		①. 面接		
		2. 筆記試験 その他（具体的に： _____）		
募集及び選考の時期			募集時期：6 月 1 日頃から 選考時期：8 月 1 日頃から	
マッチング利用の有無			①. 有 0. 無	

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 5 －

病院施設番号：030052 臨床研修病院の名称：東北医科薬科大学病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

29. 研修プログラムの名称及び概要 (基幹型記入)		概要：＊ 別紙3に記入 (作成年月日：西暦2020年4月1日)	
30. プログラム責任者の氏名等(副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等) (基幹型記入) ＊ プログラム責任者の履歴を様式2に記入 ＊ 副プログラム責任者が配置されている場合にあっては、副プログラム責任者の履歴を様式2に記入		(プログラム責任者) フリガナ カイ ケイジ	
		氏名(姓) 氏名(名) 酒井 啓治	
		所属 役職 医学部卒後研修支援センター、産婦人科 センター員、准教授	
		(副プログラム責任者) 1. 有(名) ①. 無	
31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等 (基幹型記入) すべての臨床研修指導医等(協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。)について氏名等を記入してください。		＊ 別紙4に記入	
32. インターネットを用いた評価システム		①. 有(EP0C) 0. 無	
33. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)		西暦2021年4月1日	
34. 研修医の処遇 (基幹型・協力型記入)	処遇の適用 (基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。)	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。	
	常勤・非常勤の別	②. 病院独自の処遇とする。	
	研修手当	①. 常勤 2. 非常勤	
		一年次の支給額(税込み)	二年次の支給額(税込み)
		基本手当／月(323,800円) 賞与／年(420,940円)	基本手当／月(336,800円) 賞与／年(673,600円)
	勤務時間	時間外手当： ①. 有 0. 無 休日手当： ①. 有 0. 無	
		基本的な勤務時間(8:30～17:15)24時間表記 休憩時間(12:00～13:00 60分間)	
		時間外勤務の有無：①. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇(1年次：15日、2年次：11日) 夏季休暇(1. 有 ①. 無) 年末年始(①. 有 0. 無) その他休暇(具体的に：)	
	当直	回数(約4回／月)	
	研修医の宿舍(再掲)	①. 有(単身用：72戸、世帯用： 戸) 0. 無(住宅手当： 円) 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室(再掲)	①. 有(1室) 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険(私学共済)	
		公的年金保険(私学共済)	
		労働者災害補償保険法の適用(①. 有 0. 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用(1. 有 ①. 無)	
雇用保険(①. 有 0. 無)			
健康管理	健康診断(年1回) その他(具体的に 電離放射線検診)		
医師賠償責任保険の扱い	病院において加入(①. する 0. しない) 個人加入(1. 強制 ①. 任意)		
外部の研修活動	学会、研究会等への参加：①. 可 0. 否		
	学会、研究会等への参加費用支給の有無：①. 有 0. 無		
35. 研修医手帳(基幹型記入)		①. 有 0. 無	
36. 連携状況(基幹型記入)		＊ 様式6に記入	

※欄は、記入しないこと。