(セ)第2号様式（第18回）【旧制度】

研修修了（見込）証明書

（西暦）20　　　　　年　　　月　　　日

受験者氏名：

指導責任医として下記を証明する。

1. 上記の者は小児科専門医研修カリキュラムに従った研修（初期研修を除く）を当研修施設および関連施設において「A」のとおり修了（見込）すること。
2. 臨床研修手帳の記載が「B」のとおりであること。
3. 提出する症例要約は下記研修期間内に当研修施設および関連施設で受験者自ら診療に携わった症例であること。

指導責任医署名※1：　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**注）学会に登録された指導責任医以外が署名することはできません**

**Ａ**西暦で記載のこと

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修期間  （小児科研修） | （西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日～　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 研修施設 | 登録番号： | 名称 | |
| 上記研修期間  のうち  研修支援施設※2  における研修 | 研修支援施設名 | | 期間 |
|  | | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 上記研修期間  のうち  関連施設※3  における研修 | 関連施設名 | | 期間 |
|  | | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 研修内容 | 1）主治医（または受持医）として受持った入院患者の症例数 例  2）外来における研修 延　　　　　　　日  3）救急（宿日直を含む）の研修 延　　　　　　　日  4）剖検 例  5）その他の研修※4 | | |

**Ｂ**小児科専門医臨床研修手帳

**＊臨床研修手帳は研修開始年によって異なる。詳細は専門医にゅーすを参照のこと。**

|  |  |
| --- | --- |
| 全体目標　　：　指導医評価 | A　　B　　C　　D |
| 総　　論　　：　指導医評価「D」項目 | 有　　　　無 |
| 習得すべき診療技能と手技　：　「経験なし」と記載した項目 | 項目 |
| 経験すべき症候　　：　「経験なし」と記載した項目 | 項目 |
| 経験すべき疾患　　：　「経験なし」と記載した項目 | 項目 |

1. 右上の日付時点で学会に登録のある指導責任医であること。
2. 2009 年以降の医師国家試験合格者は専門医研修期間のうち延べ6か月以上を研修支援施設で研修することが必要。
3. 証明された研修期間に学会に登録されている関連施設であること。
4. 短期間の他科研修、他施設見学等も含め具体的に記入する。週に数日、他施設で研修をした場合もこの欄に記入する。