**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会**

**認定研修施設　プログラム確認書　[更新申請]**

**※この書類は、認定研修施設認定日より記載日までの約5年間の実績をご記載下さい。**

・緩和医療に関わる臨床研修プログラム　　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

(施設研修プログラムもしくはプログラム項目ではなく、独立したプログラムです)

※「有」の場合、プログラム内容が確認できる資料を添付してください。

「有」の場合、ご選択下さい

・上記プログラムに基づく研修体制　　　　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

・プログラム作成者

（委員会・部会での作成の場合は代表者名を記載ください）

指導管理責任者

（緩和医療研修の責任者を指します　設置されていない場合は不在と記載ください）

　※指導管理責任者欄が空欄の場合は、「不在」とみなしますのでご注意ください。

1)専門医の育成状況

・専門医申請条件「3) 本学会が認定する認定研修施設において2年以上の緩和医療の臨床研修を修了した者」に関する、指導を受けた医師の人数　　　　　　　（　　　名）

・上記の指導人数の内、実際に専門医を申請した医師の人数　　　（　　　名）

2)緩和ケアの教育状況

・院内（他科）から研修を受け入れた医師の人数　（　　　名）

・院外から研修を受け入れた医師の人数　（　　　名）

※１ヶ月を超える期間の受け入れであり、それ以下の施設見学や院内講習会参加は含まれません

こちらは必ず、診療施設概要書と合わせてご提出下さい。