（様式１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※登録 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 資格開始　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |

一般社団法人日本熱傷学会

第10回2017年度熱傷専門医認定研修施設認定申請書

西暦　　　　年　　　　月　　　　日

日本熱傷学会

専門医委員会　御中

一般社団法人日本熱傷学会専門医制度規則および同施行細則にもとづき、下記の施設を熱傷専門医認定研修施設として申請いたします。

施設名：

施設長氏名： 公印

熱傷を診療している科名(複数記入可)：

申請責任者：

同職名：

施設所在地：〒

施設電話番号：（　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　）

施設FAX番号：（　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　）

（様式2）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |

申請責任者履歴書

氏　　　　名： 　　印

生年月日：　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

現住所：〒

医籍登録番号：　第　　　　　　　　　　　　　号

医籍登録年月日：　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

専門医登録番号：

最終学歴：　西暦　　　　　年　　　　月　　卒業

職　歴（西暦、年月で記入）

（様式3）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |

診 療 施 設 内 容

１．厚生労働省研修指定病院で　　　　　　（　あ　　る　・　な　　い　）

１）診療科目数　　　　　　　　　科　　　　総病床数 　　　　　　　　床

２）１年間の熱傷患者実数　　　　　　　 名

うち，急性期治療目的の入院数 名

機能再建・整容等目的の入院数 名

３）常勤の熱傷専門医数　　　　　　　　　 名

常勤の熱傷認定医数　　　　　　　　　 名

熱傷治療に関する教育指導体制を　 (　行っている　・　行っていない　)

４）１年間の重症熱傷患者数 名

重症の定義：BI>10，気道熱傷合併，電撃傷，化学熱傷のいずれかの熱傷例

５）１年間の熱傷手術件数 件

熱傷手術の定義：デブリードマン、植皮、皮弁形成などの手術

（ベットサイドの小手術や気管切開などは含みません）

１年間のリハビリテーション実施患者数 名

２．常勤の熱傷専門医氏名

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