

Google フォームの回答について

メールで旧制度の代表指導医、暫定代表指導医、指導医にお送りした資料：【施設名_領域名.pdf】をご確認いただき、記載の内容について 2025 年 3 月 31 日までに、[Google フォーム](#)へご回答をお願いいたします。

統括責任者や指導医に限らず、総務課や事務系の担当者の方にご回答も可能です。その際は、代表指導医、暫定代表指導医、指導医より学会からのメールと資料：【施設名_領域名.pdf】を転送してもらってください。

Google フォームの回答項目は以下です。*必須

- 1) 施設名*
- 2) 領域*
- 3) 回答者名（当学会の会員でない場合には所属も含めてご記入）*
- 4) 回答者メールアドレス（事務局からの連絡で TO（宛先）になるアドレス）*
- 4') 回答者以外のメールアドレス
- 5) お送りした【施設名_領域名.pdf】の内容について*
選択式「特に修正や変更、回答が必要なものはなし」or「修正・変更、回答の必要あり」
- 6) 5) で「修正・変更、回答の必要あり」を選択した場合、その内容
- 7) その他、質問等

6) 5) で「修正・変更、回答の必要あり」を選択した場合、その内容の記載例を以下に示しますので、参考にしてください。

- ・指導医資格を持った先生がいません。○○先生に指導医特例の適用を希望します。
- ・2024 年度から研修を開始したい専攻医として（フルネーム 1）（フルネーム 2）（フルネーム 3）の 3 人が所属しています。
- ・2024 年度から研修を開始したい専攻医は在籍していません。
- ・新制度の統括責任者は旧制度の代表指導医と合わせて●●先生にします。
- ・新制度の統括責任者は 2024 年度○○先生、異動につき 2025 年度は●●先生とします。
- ・○○先生は 2024 年度末で退官予定のため、統括責任者は●●先生へ変更を希望します。
- ・新制度の統括責任者について、現在検討中で、締め切りまでに連絡が間に合いません。4 月 DD 日までにメールでご連絡します。
- ・資料記載の○○先生はすでに当施設にいません。20YY 年 M 月末で異動しました。
- ・△△病院（連携施設）は、××病院（基幹施設）と施設群を構成します。××病院の○○先生には承諾をいただきました。
- ・旧制度の暫定指導医はそのまま退官まで維持の予定です。
- ・施設区分の選択を尋ねられましたので、回答します。「～～を希望します」
- ・以前、新制度での施設認定は必要ないと回答しましたが、専攻医受け入れのため認定を希望します。
- ・どの施設が新制度で基幹施設になるかわからず、施設群を決められません。△△県内の基幹施設を教えてください。