新潟大学医歯学総合病院 歯科医師臨床研修

協力型（Ⅰ）臨床研修施設　追加希望届出書

　本院臨床研修施設群への追加を希望される場合は，別紙説明文書の内容をご確認いただいた上で，本届出書を歯科医師研修センター（ctc@med.niigata-u.ac.jp）までご提出ください。

協力型（Ⅰ）臨床研修施設の新規募集が決定した場合（※），事務担当者様宛に応募の必要書類等についてご連絡を差し上げます。

※本院歯科医師臨床研修複合型プログラムでは，協力型（Ⅰ）臨床研修施設の施設数に上限を設けております。そのため，施設の新規追加については，施設数の上限に対して空きがある場合に募集します。

なお，本院研修施設群への参加は，本院委員会での審議・承認により決定となります。募集施設数に対して応募多数となった場合やご提出いただく書類に不明瞭な点がある場合，委員会で賛成を得ることができなかった場合には参加をお断りさせていただく場合がありますので，あらかじめご了承ください。

**【ご連絡先】**

　※印以外はいずれも必須事項のため，漏れなくご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 指導歯科医氏名 |  |
| 事務ご担当者様氏名※ |  |
| ご住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 連絡先e-mailアドレス |  |

**【事前調査質問】**

検討するための資料にさせていただきますので以下の質問にご回答ください。

1. 協力型（Ⅰ）臨床研修施設指定（該当する方に○をご記入ください）

（　　）施設指定取得済 （　　）本院と連携後に申請予定

1. 指導歯科医資格を有する常勤歯科医師（該当する方に○をご記入ください）

（　　）在籍あり （　　）在籍なし（今後取得予定）

1. 本院臨床研修への参加希望理由
2. 貴施設の特徴
3. 貴施設で予定している研修内容