



# 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－５－

病院施設番号： 031529

臨床研修病院の名称： 新潟県厚生連 新潟医療センター

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

29. 研修プログラムの名称及び概要 (基幹型記入)		概要：＊ 別紙3に記入 (作成年月日：西暦2021年4月20日)
30. プログラム責任者の氏名等(副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等) (基幹型記入) ＊ プログラム責任者の履歴を様式2に記入 ＊ 副プログラム責任者が配置されている場合には、副プログラム責任者の履歴を様式2に記入		(プログラム責任者) フリガナ サマ カビロ 氏名(姓) 佐久間 氏名(名) 一 弘 所属 役職 麻酔科 診療科部長 (副プログラム責任者) ①. 有 ( 4 名 ) 0. 無
31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等 (基幹型記入) すべての臨床研修指導医等(協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。)について氏名等を記入してください。		＊ 別紙4に記入
32. インターネットを用いた評価システム		①. 有 ( <input checked="" type="radio"/> EPOC ・その他 ( ) ) 0. 無
33. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)		西暦2022年4月1日
34. 研修医の処遇 (基幹型・協力型記入)	処遇の適用 (基幹型臨床研修病院は、2に〇をつけて、以下の各項目について記入してください。)	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。
	常勤・非常勤の別	①. 常勤 2. 非常勤
	研修手当	一年次の支給額(税込み) 基本手当/月 ( 350,000 円 ) 賞与/年 ( 円 ) 二年次の支給額(税込み) 基本手当/月 ( 380,000 円 ) 賞与/年 ( 円 ) 時間外手当： ①. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 ②. 無
	勤務時間	基本的な勤務時間 ( 8:30 ~ 17:00 ) 24時間表記 休憩時間 ( 12:00 ~ 13:00 ) 時間外勤務の有無： ①. 有 0. 無
	休暇	有給休暇(1年次： 10 日、2年次： 11 日) 夏季休暇( ①. 有 0. 無 ) 年末年始( ①. 有 0. 無 ) その他休暇(具体的に： )
	当直	回数(約 2 回/月)
	研修医の宿舎(再掲)	1. 有(単身用： 戸、世帯用： 戸) ②. 無(住宅手当： 50,000 円) 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室(再掲)	①. 有 ( 1 室 ) 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
	社会保険・労働保険	公的医療保険 ( 新潟県農業団体健康保険組合 ) 公的年金保険 ( 厚生年金 ) 労働者災害補償保険法の適用 ( ①. 有 0. 無 )、 国家・地方公務員災害補償法の適用 ( 1. 有 ②. 無 ) 雇用保険 ( ①. 有 0. 無 )
	健康管理	健康診断(年 2 回) その他(具体的に )
	医師賠償責任保険の扱い	病院において加入 ( ①. する 0. しない ) 個人加入 ( 1. 強制 ②. 任意 )
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： ①. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： ①. 有 0. 無
35. 研修医手帳(基幹型記入)		①. 有 0. 無
36. 連携状況(基幹型記入)		＊ 様式6に記入

※欄は、記入しないこと。