

医政発 0401 第 58 号
令和 8 年 4 月 1 日

公益社団法人 日本精神科病院協会会長 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

歯科医師の臨床研修を行う大学病院からの情報提供に関する依頼について

厚生労働行政の推進につきましては、平素より格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

標記について、今般、別添のとおり、令和 8 年 4 月 1 日より適用することとしましたので、御了知いただくとともに、会員等各位に広く周知されることについて格段の御配意を賜りますようお願い申し上げます。

医政発 0401 第 55 号
令和 8 年 4 月 1 日

各国公私立医科大学(医学部)附属病院長
各国公私立歯科大学(歯学部)附属病院長

厚生労働省医政局長
(公印省略)

歯科医師の臨床研修を行う大学病院からの情報提供に関する依頼について

「歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令」(令和 3 年厚生労働省令第 85 号)の施行については、「歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(令和 3 年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 75 号)により、また、歯学若しくは医学を履修する過程を置く大学に付属する病院(歯科医業を行わないものを除く。以下「大学病院」という。)と共同して歯科医師の臨床研修を行う臨床研修施設の指定の申請手続等については、「大学病院と共同して歯科医師の臨床研修を行う臨床研修施設の特例について」(令和 3 年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 87 号)によりお示ししてきた。

大学病院については、歯科医師法(昭和 23 年法律第 201 号)第 16 条の 2 第 1 項に規定されているとおり、臨床研修の機会を提供するに当たって厚生労働大臣の指定を受けることを要しないが、大学病院と共同して臨床研修を行うことにより臨床研修施設の指定を受けようとする、又は指定を受けた病院又は診療所に関し、その指定の申請を審査し、また変更届出等により指定基準を満たしていること等を確認するに当たっては、共同して臨床研修を行う大学病院における臨床研修の実施体制を把握することが必要となる。また、臨床研修施設と共同することなく大学病院のみで臨床研修を行う場合についても、臨床研修制度の実施状況の把握を行うという観点から、臨床研修に関する情報を提供していただきたいと考えている。

以上の趣旨を踏まえ、歯科医師の臨床研修を行う大学病院においては、これまで、「歯科医師の臨床研修を行う大学病院からの情報提供に関する依頼について」(令和 3 年 3 月 31 日医政発 0331 第 93 号)において、当該病院において行われる臨床研修に関する情報提供をお願いしたい旨お示ししてきたところ、今般の、歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令(令和 8 年厚生労働省令第 65 号)の公布

及び「歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（令和8年4月1日付け医政発0401第47号厚生労働省医政局長通知）並びに「大学病院と共同して歯科医師の臨床研修を行う臨床研修施設の特例について」（令和8年4月1日付け医政発0401第51号厚生労働省医政局長通知）の通知を踏まえ、今後は下記のとおり当該病院に関する情報提供をお願いしたい。

本通知に定める手続に従って大学病院から提供いただいた情報については、各種媒体を通じて公表することにより、歯科大学(歯学部)学生、研修歯科医等に情報提供することとしている。また、本通知については文部科学省高等教育局と協議済みであることを、念のため申し添える。

なお、従前の「歯科医師の臨床研修を行う大学病院からの情報提供に関する依頼について」（令和3年3月31日付け医政発第0331第93号）については、令和8年4月1日付けで廃止する。

記

第1 用語の定義

本通知で用いる用語のうち、次に定めるもの以外については、「歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（令和8年4月1日付け医政発0401第47号厚生労働省医政局長通知。以下「施行通知」という。）によること。

1 「単独型相当大学病院」

大学病院のうち、単独で又は臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいうものであること。

2 「管理型相当大学病院」

大学病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であって、当該臨床研修の管理を行うものをいうものであること。

3 「協力型（Ⅰ）相当大学病院」

大学病院のうち、他の病院又は診療所と共同して3月以上の臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）をいうものであること。

4 「協力型（Ⅱ）相当大学病院」

大学病院のうち、他の病院又は診療所と共同して5日以上30日以内の臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）をいうものであること。

第2 単独型相当大学病院からの情報提供

1 単独型相当大学病院からの臨床研修の開始の情報提供

単独型相当大学病院の管理者においては、臨床研修を開始しようとする場合には、臨床研修を開始しようとする年度の前年度の4月30日までに、当該病院に関する大学病院概況表（特例通知の様式1-1）を作成し、次に掲げる書類を添えて、これを当該単独型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出する

ようお願いしたいこと。

(1) すべての研修プログラム

(2) 研修協力施設と共同して臨床研修を行おうとする場合にあっては、研修協力施設となる施設に関する研修協力施設概況表（施行通知の様式2）

2 単独型相当大学病院からの変更の情報提供

単独型相当大学病院の管理者においては、当該病院に関する次に掲げる事項に変更が生じたときは、その旨の大学病院等変更届出書（特例通知の様式2）を作成し、当該変更が生じた日から起算して1月以内に、当該単独型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしたいこと。ただし、(4)から(6)、(8)及び(10)に掲げる事項に係る変更については、第8に定める年次報告の際に大学病院等変更届出書（特例通知の様式2）を併せて届け出るようお願いしたいこと。

(1) 開設者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）

(2) 管理者の氏名

(3) 名称及び所在地

(4) 診療科名

(5) 病床の種別ごとの病床数

(6) 研修管理委員会の構成員

(7) プログラム責任者

(8) 指導歯科医の氏名

(9) 研修歯科医の処遇に関する事項

(10) 研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、当該研修協力施設に係る次に掲げる事項

ア 開設者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）

イ 管理者の氏名

ウ 名称及び所在地

エ 研修歯科医の処遇に関する事項

オ 研修歯科医の指導を行う者及びその担当分野

カ 研修協力施設が医療機関である場合にあっては、次に掲げる事項

(ア) 診療科名

(イ) 病床の種別ごとの病床数

3 単独型相当大学病院からの研修プログラムの追加又は変更の情報提供

単独型相当大学病院の管理者においては、研修プログラムを追加する場合又は変更する場合には、当該研修プログラムに基づく臨床研修を行おうとする年度の前年度の4月30日までに、当該研修プログラムに関し、当該病院に関する大学病院概況表（特例通知の様式1-1）を作成し、次に掲げる書類を添えて、これを当該単独型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしたいこと。

ウ 研修協力施設と共同して臨床研修を行おうとする場合にあっては、研修協力施設となる施設に関する研修協力施設概況表（施行通知の様式2）

4 大学病院のみで共同して臨床研修を行う管理型相当大学病院又は協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院からの研修プログラムの廃止の情報提供

管理型相当大学病院の管理者においては、研修プログラムを廃止する場合には、当該研修プログラムを廃止しようとする年度の前年度の4月30日までに、当該研修プログラムに関する大学病院研修プログラム廃止届出書（特例通知の様式3）を作成し、廃止しようとする研修プログラムを添えて、これを当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしたいこと。

5 大学病院のみで共同して臨床研修を行う管理型相当大学病院又は協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院からの年次の情報提供

（1）管理型相当大学病院の管理者においては、毎年4月30日までに、当該病院に関する大学病院年次報告書（特例通知の様式4）を作成するようお願いしたいこと。

（2）協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院の管理者においては、毎年4月30日までに、当該病院に関する大学病院年次報告書（特例通知の様式4）を作成し、管理型相当大学病院の管理者に提出するようお願いしたいこと。

（3）管理型相当大学病院の管理者においては、毎年4月30日までに、当該病院に関する大学病院年次報告書（特例通知の様式4）及び次に掲げる書類、並びに共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院に関する大学病院年次報告書（特例通知の様式4）とを一括して、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしたいこと。

ア 現に行っている臨床研修に係る研修プログラム

イ 研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、研修協力施設に関する年次報告書（施行通知の様式7）

第4 臨床研修施設の指定の申請の際の大学病院からの情報提供

1 管理型臨床研修施設の指定の申請の際の協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院からの情報提供

（1）協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院の管理者においては、共同して臨床研修を行うこととなる管理型臨床研修施設の開設者が指定の申請を行う際には、当該病院に関する大学病院概況表（特例通知の様式1-3, 1-4）を作成し、管理型臨床研修施設の開設者に提出するようお願いしたいこと。

（2）協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行うことにより管理型臨床研修施設の指定を受けようとする病院又は診療所の開設者は、臨床研修を開始しようとする年度の前年度の4月30日までに、当該病院又は診療所に関する臨床研修施設申請書（新規申請）（施行通知の様式1-2）及び添付書類（協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院の大学病院概

況表（特例通知の様式1-3，1-4）を含む。）を一括して、当該管理型臨床研修施設の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出することとしていること。

2 協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の指定の申請の際の管理型相当大学病院、協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院からの情報提供

- (1) 管理型相当大学病院の管理者においては、共同して臨床研修を行うこととなる協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の開設者が指定の申請を行う際には、当該病院に関する大学病院概況表（特例通知の様式1-2）を作成するようお願いしたいこと。
- (2) 協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院の管理者においては、共同して臨床研修を行うこととなる協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設（管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行うこととなる協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設に限る。）の開設者が指定の申請を行う際には、当該病院に関する大学病院概況表（特例通知の様式1-3，1-4）を作成し、管理型相当大学病院の管理者に提出するようお願いしたいこと。
- (3) 管理型相当大学病院の管理者においては、臨床研修を開始しようとする年の前年度の4月30日までに、共同して臨床研修を行うこととなる協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の指定を受けようとする病院又は診療所に関する臨床研修施設申請書（新規申請）（施行通知の様式1-3，1-4）及び添付書類（管理型相当大学病院、協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院に関する大学病院概況表（特例通知の様式1-2，1-3，1-4）を含む。）を取りまとめ、一括して、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしたいこと。この場合において、複数の協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の次に掲げる添付書類が重複するときは、1部を残して他を省略しても差し支えないこと。
 - ア 当該指定に係るすべての研修プログラム
 - イ 管理型相当大学病院に関する大学病院概況表（特例通知の様式1-2）
 - ウ 協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院に関する大学病院概況表（特例通知の様式1-3，1-4）
 - エ 研修協力施設となる施設に関する研修協力施設概況表（施行通知の様式2）

第5 臨床研修施設の変更の届出の際の大学病院からの情報提供

1 管理型臨床研修施設と共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院からの変更の情報提供

- (1) 管理型臨床研修施設と共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院の管理者においては、当該病院に関する次に掲げる事項に変更が生じたときは、その旨の大学病院等変更届出書（特例通知の様式2）を作成

し、当該変更の生じた日から起算して1月以内に、当該管理型臨床研修施設の開設者に提出するようお願いしたいこと。ただし、エからキに掲げる事項に係る変更については、第8に定める年次報告の際に大学病院等変更届出書(特例通知の様式2)を併せて届け出るようお願いしたいこと。

ア 開設者の氏名及び住所(法人にあつては、名称及び主たる事務所の所在地)

イ 管理者の氏名

ウ 名称及び所在地

エ 診療科名

オ 病床の種別ごとの病床数

カ 指導歯科医の氏名

キ 研修歯科医の処遇に関する事項

(2) 共同して臨床研修を行う協力型(I)相当大学病院又は協力型(II)相当大学病院から大学病院等変更届出書(特例通知の様式2)の提出を受けた管理型臨床研修施設の開設者は、速やかに当該大学病院等変更届出書(特例通知の様式2)を当該管理型臨床研修施設の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出することとしていること。

2 協力型(I)臨床研修施設及び協力型(II)臨床研修施設と共同して臨床研修を行う管理型相当大学病院、協力型(I)相当大学病院及び協力型(II)相当大学病院からの変更の情報提供

(1) 協力型(I)臨床研修施設及び協力型(II)臨床研修施設と共同して臨床研修を行う管理型相当大学病院の管理者においては、当該病院に関する次に掲げる事項に変更が生じたときは、その旨の大学病院等変更届出書(特例通知の様式2)を作成し、当該変更の生じた日から起算して1月以内に、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしたいこと。ただし、エからカ、クからコに掲げる事項に係る変更については、第8に定める年次報告の際に大学病院等変更届出書(特例通知の様式2)を併せて届け出るようお願いしたいこと。

ア 開設者の氏名及び住所(法人にあつては、名称及び主たる事務所の所在地)

イ 管理者の氏名

ウ 名称及び所在地

エ 診療科名

オ 病床の種別ごとの病床数

カ 研修管理委員会の構成員

キ プログラム責任者

ク 指導歯科医の氏名

ケ 研修歯科医の処遇に関する事項

コ 研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあつては、当該研修協力施設に係る次に掲げる事項

- ア 当該臨床研修施設群において、協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設を追加する場合、新たに協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設の指定を受けようとする病院又は診療所に関する臨床研修施設申請書（新規申請）（施行通知の様式1-3, 1-4）、当該病院又は診療所が既にそれぞれの区分の臨床研修施設として指定を受けている場合には当該病院又は診療所に関する研修プログラム追加・変更届出書（施行通知の様式4-3）
 - イ 当該臨床研修施設群から、協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設を削除する場合で、それに伴い臨床研修施設群として参加する当該協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設がすべての参加プログラムから外れ、それぞれの区分の臨床研修施設としての指定の取消しを伴う場合には、指定の取消しを受けようとする臨床研修施設は施行通知第2の16（3）の手に従い、臨床研修施設指定取消申請書（施行通知の様式5）
 - ウ 当該臨床研修施設群において、新たに協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院を追加する場合、当該大学病院に関する大学病院概況表（様式1-3, 1-4）
- 3 現に研修歯科医を受け入れている臨床研修施設は、当該研修歯科医が研修を修了し、又は中断するまでの間、当該研修歯科医が受ける臨床研修に係る研修プログラムの変更・廃止をしてはならないこととしていること。
- 4 3にかかわらず、やむを得ない場合にあっては、研修プログラムの変更を行うことも認められることとしていること。この場合において、臨床研修施設と共同して臨床研修を行う大学病院の管理者においては、速やかに、1又は2の情報提供を行うようお願いしたいこと。

第8 臨床研修施設の研修プログラムの廃止の際の大学病院からの情報提供

- 1 協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設と共同して臨床研修を行う管理型相当大学病院の研修プログラムの廃止の情報提供
- （1）協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設と共同して臨床研修を行う管理型相当大学病院の管理者においては、研修プログラムを廃止する場合には、当該研修プログラムに関する大学病院研修プログラム廃止届出書（特例通知の様式3）を作成するようお願いしたいこと。
 - （2）管理型相当大学病院の管理者においては、研修プログラムを廃止する場合には、当該研修プログラムを廃止しようとする年度の前年度の4月30日までに、共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設に関する特例通知第7の2（1）に掲げる書類を取りまとめ、一括して、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしたいこと。この場合において、複数の協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の書類が重複するときは、1部を残して他を省略しても差し支えないこと。

第9 臨床研修施設の年次報告の際の大学病院からの情報提供

- 1 管理型臨床研修施設と共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院からの年次の情報提供
 - （1）管理型臨床研修施設と共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院の管理者においては、毎年4月30日までに、当該病院に関する大学病院年次報告書（特例通知の様式4）を作成し、管理型臨床研修施設の開設者に提出するようお願いしたいこと。
 - （2）協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の開設者は、毎年4月30日までに、当該病院又は診療所に関する年次報告書（施行通知の様式7）及び添付書類（協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院に関する大学病院年次報告書（特例通知の様式4）を含む。）と、共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設に関する年次報告書（施行通知の様式7）とを一括して、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出することとしていること。
- 2 協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設と共同して臨床研修を行う管理型相当大学病院、協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院からの年次の情報提供
 - （1）協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設と共同して臨床研修を行う管理型相当大学病院の管理者においては、毎年4月30日までに、当該病院に関する大学病院年次報告書（特例通知の様式4）を作成するようお願いしたいこと。
 - （2）協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設（管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設に限る。）と共同して及び臨床研修を行う協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院の管理者においては、毎年4月30日までに、当該病院に関する大学病院年次報告書（特例通知の様式4）を作成し、管理型相当大学病院の管理者に提出するようお願いしたいこと。
 - （3）管理型相当大学病院の管理者においては、毎年4月30日までに、共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設に関する年次報告書（施行通知の様式7）及び添付書類（管理型相当大学病院、協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院に関する大学病院年次報告書（特例通知の様式4）を含む。）を取りまとめ、一括して、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしたいこと。この場合において、複数の協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の添付書類が重複するときは、1部を残して他を省略しても差し支えないこと。

第10 臨床研修施設に対する厚生労働大臣の報告の徴収等

- (1) 厚生労働大臣は、臨床研修の実施に関し必要があると認めるときは、臨床研修施設の開設者又は管理者に対して報告を求めることができる。
- (2) 厚生労働大臣は、研修プログラム、指導体制、施設、設備、研修歯科医の処遇その他の臨床研修の実施に関する事項について適当でないと認めるときは、臨床研修施設の開設者又は管理者に対して必要な指示をすることができること。
- (3) 厚生労働大臣は、臨床研修施設又はその指定を受けようとする病院若しくは診療所が省令第6条第1項から第3項までに規定する基準に適合しているかどうかを確認するために必要があるときは、臨床研修施設の開設者若しくは管理者又はその指定の申請者に対し、当該者の同意を得て実地に調査することができる。
- (4) 厚生労働大臣は、臨床研修施設群については、管理型臨床研修施設の開設者又は管理者に対し、協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設に関する（1）の報告の徴収又は（2）の必要な指示をすることができる。

第11 文部科学省との連携

大学病院からの情報提供又は管理型相当大学病院、協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行う臨床研修施設からの指定の申請、変更の届出、研修プログラムの追加又は変更の届出若しくは年次報告がなされた場合には、厚生労働省医政局歯科保健課から文部科学省高等教育局医学教育課に対して、その旨の情報提供を行うこととしていること。

第12 都道府県を経由した事務手続を希望する都道府県における取扱い

施行通知第2の23に定める都道府県を経由した事務手続を希望する都道府県の単独型相当大学病院又は管理型相当大学病院の管理者においては、上記第2から第8に定める事務書類の提出について、当該都道府県から通知があった場合、地方厚生局健康福祉部医事課ではなく当該都道府県あて提出するようお願いしたいこと。

第13 施行期日等

令和8年度及び令和9年度の研修プログラムについて、従前から実施している研修プログラムを継続して実施するもの及び令和7年度までに研修プログラムの申請及び若しくは変更の届出を行ったものについては、令和10年3月31日までは従前の通りの取扱いとする。

医政発 0401 第 51 号
令和 8 年 4 月 1 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公印省略)

大学病院と共同して歯科医師の臨床研修を行う臨床研修施設の特例について

「歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令」(平成 17 年厚生労働省令第 103 号)の施行については、「歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(令和 3 年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 75 号)により通知し、歯学若しくは医学を履修する過程を置く大学に付属する病院(歯科医業を行わないものを除く。以下「大学病院」という。)と共同して臨床研修を行う臨床研修施設の特例については、「大学病院と共同して歯科医師の臨床研修を行う臨床研修施設の特例について」(令和 3 年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 87 号)によりお示ししてきたところ、今般の、「歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令」(令和 8 年厚生労働省令第 65 号)の公布及び「歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(令和 8 年 4 月 1 日付け医政発 0401 第 47 号厚生労働省医政局長通知)の通知を踏まえ、今後は下記のとおりとするので、貴職におかれては、御了知の上、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に対して周知に努められたい。

各国公私立医科大学(医学部)附属病院長及び歯科大学(歯学部)附属病院長に対しては、別途「歯科医師の臨床研修を行う大学病院からの情報提供に関する依頼について」(令和 8 年 4 月 1 日付け医政発 0401 第 55 号。以下「依頼通知」という。)により、当該病院において行われる臨床研修に関する情報提供をお願いしている。また、本通知については文部科学省高等教育局と協議済みであることを、念のため申し添える。

なお、従前の「大学病院と共同して歯科医師の臨床研修を行う臨床研修施設の特例について」(令和 3 年 3 月 31 日付け医政発第 0331 第 87 号)については、令和 8 年 4 月 1 日付けで廃止する。

記

第1 用語の定義

本通知で用いる用語のうち、次に定めるもの以外については、「歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（令和8年4月1日付け医政発0401第47号厚生労働省医政局長通知。以下「施行通知」という。）によること。

1 「単独型相当大学病院」

大学病院のうち、単独で又は研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいうものであること。

2 「管理型相当大学病院」

大学病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であって、当該臨床研修の管理を行うものをいうものであること。

3 「協力型（Ⅰ）相当大学病院」

大学病院のうち、他の病院又は診療所と共同して3月以上の臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）をいうものであること。

4 「協力型（Ⅱ）相当大学病院」

大学病院のうち、他の病院又は診療所と共同して5日以上30日以内の臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）をいうものであること。

第2 大学病院のみで単独又は共同して臨床研修を行う大学病院からの情報提供

大学病院のみで単独又は共同して臨床研修を行う大学病院の管理者に対し、依頼通知により、当該病院において行われている臨床研修に関して厚生労働省へ情報提供するようお願いしていること。

大学病院からの臨床研修の開始、研修プログラムの追加又は変更の情報提供には当該病院に関する大学病院概況表（様式1-1，様式1-2，様式1-3，様式1-4）を、大学病院からの依頼通知に定める事項に関する変更の情報提供にはその旨の大学病院等変更届出書（様式2）を、大学病院からの研修プログラムの廃止の情報提供には当該研修プログラムに関する大学病院研修プログラム廃止届出書（様式3）を、大学病院からの年次の情報提供には当該病院に関する大学病院年次報告書（様式4）を用いるようお願いしていること。

第3 大学病院と共同して臨床研修を行う臨床研修施設の指定の申請

1 協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の指定の申請

（1）協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行うことにより管理型臨床研修施設の指定を受けようとする病院又は診療所の開設者は、臨床研修を開始しようとする年度の前年度の4月30日までに、当該病院又は診療所に関する臨床研修施設申請書（新規申請）（施行通知の様式1-2）を厚生労働大臣に提出しなければならないこと。なお、既に管理型臨床研修施設の指定を受

けている病院又は診療所であっても、新たに他の区分の臨床研修施設になろうとする場合は、当該区分の臨床研修施設の指定申請を行わなければならないこと。

(2) 臨床研修施設申請書(新規申請)(施行通知の様式1-2)には、次に掲げる書類を添付しなければならないこと。

ア 当該指定に係るすべての研修プログラム

イ 共同して臨床研修を行うこととなる協力型(I)相当大学病院及び協力型(II)相当大学病院に関する大学病院概況表(様式1-3, 1-4)

ウ 研修協力施設と共同して臨床研修を行おうとする場合にあっては、研修協力施設となる施設に関する研修協力施設概況表(施行通知の様式2)

(3) 協力型(I)相当大学病院及び協力型(II)相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、当該病院に関する大学病院概況表(様式1-3, 1-4)を作成し、管理型臨床研修施設の開設者に提出するようお願いしていること。

(4) 協力型(I)相当大学病院又は協力型(II)相当大学病院と共同して臨床研修を行うことにより管理型臨床研修施設の指定を受けようとする病院又は診療所の開設者は、次に掲げる書類を一括して、当該病院又は診療所の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出すること。

ア 当該病院又は診療所に関する臨床研修施設申請書(新規申請)(施行通知の様式1-2)及び添付書類

イ 協力型(I)臨床研修施設又は協力型(II)臨床研修施設として共同して臨床研修を行うこととなる病院又は診療所が、新たに協力型(I)臨床研修施設又は協力型(II)臨床研修施設の指定を受けようとする場合は当該病院又は診療所に関する臨床研修施設申請書(新規申請)(施行通知の様式1-3, 1-4)、当該病院又は診療所が既にそれぞれの区分の臨床研修施設として指定を受けている場合には当該病院又は診療所に関する研修プログラム追加・変更届出書(施行通知の様式4-3)

2 管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行う協力型(I)臨床研修施設及び協力型(II)臨床研修施設の指定の申請

(1) 管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行うことにより協力型(I)臨床研修施設及び協力型(II)臨床研修施設の指定を受けようとする病院又は診療所の開設者は、臨床研修を開始しようとする年度の前年度の4月30日までに、当該病院又は診療所に関する臨床研修施設申請書(新規申請)(施行通知の様式1-3, 1-4)を、管理型相当大学病院の管理者を経由して厚生労働大臣に提出しなければならないこと。ただし、管理型相当大学病院の管理者を経由できない場合にあっては、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に相談すること。なお、既に協力型(I)臨床研修施設又は協力型(II)臨床研修施設の指定を受けている病院又は診療所であっても、新たに他の区分の臨床研修施設になろうとする場合は、当該区分の臨床研修施設の指定申請を行わなければならないこと。

(2) 臨床研修施設申請書(新規申請)(施行通知の様式1-3, 1-4)には、次に掲げ

る書類を添付しなければならないこと。

ア 当該指定に係るすべての研修プログラム

イ 共同して臨床研修を行うこととなる管理型相当大学病院に関する大学病院概況表（様式1-2）

ウ 協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行うおうとする場合にあつては、協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院に関する大学病院概況表（様式1-3，1-4）

エ 研修協力施設と共同して臨床研修を行うおうとする場合にあつては、研修協力施設となる施設に関する研修協力施設概況表（施行通知の様式2）

（3）管理型相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、当該病院に関する大学病院概況表（様式1-2）を作成するようお願いしていること。

（4）協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、当該病院に関する大学病院概況表（様式1-3，1-4）を作成し、管理型相当大学病院の管理者に提出するようお願いしていること。

（5）管理型相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、共同して臨床研修を行うこととなる協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設の指定を受けようとする病院又は診療所に関する臨床研修施設申請書（新規申請）（施行通知の様式1-3，1-4）及び添付書類を取りまとめ、一括して、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしていること。この場合において、複数の協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の（2）に掲げる添付書類が重複するときは、1部を残して他を省略しても差し支えないこと。

第4 大学病院と共同して臨床研修を行う臨床研修施設の指定の基準

1 協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の指定の基準

協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行うことにより管理型臨床研修施設の指定を受けようとする病院又は診療所に対する施行通知第2の5（2）の臨床研修施設の指定の基準の適用については、当該大学病院を協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設の指定を受けようとする病院と見なすこと。

2 管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の指定の基準

管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行うことにより協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の指定を受けようとする病院又は診療所に対する施行通知第2の5（3）及び5（4）の臨床研修施設の指定の基準の適用については、当該大学病院を管理型臨床研修施設の指定を受けようとする病院と見なすこと。また、この場合において、併せて協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と

共同して臨床研修を行おうとするときは、当該協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院を協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設の指定を受けようとする病院と見なすこと。

第5 大学病院と共同して臨床研修を行う臨床研修施設の変更の届出

1 協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の変更の届出

（Ⅰ）協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の開設者は、当該病院又は診療所に関する次に掲げる事項（コに掲げる事項を除く。）に変更が生じたときは、臨床研修施設等変更届出書（施行通知の様式3）をもって、また、コに掲げる事項に変更が生じたときは、大学病院等変更届出書（様式2）をもって、その日から起算して1月以内に、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならないこと。ただし、エからカ、ク、ケ、コの（エ）から（キ）及びサに掲げる事項に係る変更については、施行通知の5に定める指定の基準に適合しなくなった場合を除き、施行通知第2の14に定める年次報告の際に臨床研修施設等変更届出書（施行通知の様式3）又は大学病院等変更届出書（様式2）を併せて届け出ることができる。

ア 開設者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）

イ 管理者の氏名

ウ 名称及び所在地

エ 診療科名

オ 病床の種別ごとの病床数

カ 研修管理委員会の構成員

キ プログラム責任者

ク 指導歯科医の氏名

ケ 研修歯科医の処遇に関する事項

コ 協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院に係る次に掲げる事項

（ア）開設者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）

（イ）管理者の氏名

（ウ）名称及び所在地

（エ）診療科名

（オ）病床の種別ごとの病床数

（カ）指導歯科医の氏名

（キ）研修歯科医の処遇に関する事項

サ 研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、当該研修協力施設に係る次に掲げる事項

（ア）開設者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）

（イ）管理者の氏名

- (ウ) 名称及び所在地
- (エ) 研修歯科医の処遇に関する事項
- (オ) 研修歯科医の指導を行う者及びその担当分野
- (カ) 研修協力施設が医療機関である場合にあっては、次に掲げる事項
 - ① 診療科名
 - ② 病床の種別ごとの病床数

(2) 協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、（1）コに掲げる事項に変更が生じたときは、その旨の大学病院等変更届出書（様式2）を作成し、管理型臨床研修施設の開設者に提出するようお願いしていること。

(3) 管理型臨床研修施設の開設者は、臨床研修施設等変更届出書（施行通知の様式3）を当該管理型臨床研修施設の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出すること。

(4) 共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設から臨床研修施設等変更届出書（施行通知の様式3）の提出を受け、又は共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院から大学病院等変更届出書（様式2）の提出を受けた管理型臨床研修施設の開設者は、速やかに当該臨床研修施設等変更届出書（施行通知の様式3）又は当該大学病院等変更届出書（様式2）を当該管理型臨床研修施設の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出すること。

2 管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の変更の届出

(1) 管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の開設者は、当該病院又は診療所に関する次に掲げる事項（クからコに掲げる事項を除く。）に変更が生じたときは、臨床研修施設等変更届出書（施行通知の様式3）をもって、また、クからコまでに掲げる事項に変更が生じたときは、大学病院等変更届出書（様式2）をもって、その日から起算して1月以内に、その旨を共同して臨床研修を行う管理型相当大学病院の管理者を経由して厚生労働大臣に届け出なければならないこと。ただし、ク又はコに掲げる事項に変更が生じた場合において、管理型相当大学病院の管理者が提出した大学病院等変更届出書（様式2）が当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に到達したときは、また、ケに掲げる事項に変更が生じた場合において、協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院の管理者が提出した大学病院等変更届出書（様式2）が管理型相当大学病院の管理者を経由して当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に到達したときは、それぞれ協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の開設者がその旨を届け出たものとみなすこと。

さらに、協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設においては、

次に掲げるアからキまでに掲げる事項に変更が生じると考えられる場合は、事前に管理型相当大学病院に相談すること。ただし、エからキ、クの(エ)から(カ)、(ク)及び(ケ)、ケの(エ)から(キ)並びにコに掲げる事項に係る変更については、施行通知の5に定める指定の基準に適合しなくなった場合を除き、施行通知第2の13に定める年次報告の際に臨床研修施設等変更届出書(施行通知の様式3)又は大学病院等変更届出書(様式2)を併せて届け出ることができる。

ア 開設者の氏名及び住所(法人にあつては、名称及び主たる事務所の所在地)

イ 管理者の氏名

ウ 名称及び所在地

エ 診療科名

オ 病床の種別ごとの病床数

カ 指導歯科医の氏名

キ 研修歯科医の処遇に関する事項

ク 管理型相当大学病院に係る次に掲げる事項

(ア) 開設者の氏名及び住所(法人にあつては、名称及び主たる事務所の所在地)

(イ) 管理者の氏名

(ウ) 名称及び所在地

(エ) 診療科名

(オ) 病床の種別ごとの病床数

(カ) 研修管理委員会の構成員

(キ) プログラム責任者

(ク) 指導歯科医の氏名

(ケ) 研修歯科医の処遇に関する事項

ケ 協力型(Ⅰ)相当大学病院又は協力型(Ⅱ)相当大学病院と共同して臨床研修を行う場合にあつては、当該協力型(Ⅰ)相当大学病院又は協力型(Ⅱ)相当大学病院に係る次に掲げる事項

(ア) 開設者の氏名及び住所(法人にあつては、名称及び主たる事務所の所在地)

(イ) 管理者の氏名

(ウ) 名称及び所在地

(エ) 診療科名

(オ) 病床の種別ごとの病床数

(カ) 指導歯科医の氏名

(キ) 研修歯科医の処遇に関する事項

コ 研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあつては、当該研修協力施設に係る次に掲げる事項

(ア) 開設者の氏名及び住所(法人にあつては、名称及び主たる事務所の所在地)

(イ) 管理者の氏名

(ウ) 名称及び所在地

- (エ) 研修歯科医の処遇に関する事項
- (オ) 研修歯科医の指導を行う者及びその担当分野
- (カ) 研修協力施設が医療機関である場合にあっては、次に掲げる事項
 - ① 診療科名
 - ② 病床の種別ごとの病床数

(2) 管理型相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、(1)ク又はコに掲げる事項に変更が生じたときは、その旨の大学病院等変更届出書(様式2)を作成し、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしていること。

(3) 協力型(I)相当大学病院及び協力型(II)相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、(1)ケに掲げる事項に変更が生じたときは、その旨の大学病院等変更届出書(様式2)を作成し、管理型相当大学病院の管理者に提出するようお願いしていること。また、依頼通知により、協力型(I)相当大学病院及び協力型(II)相当大学病院においては、(1)ケに掲げる事項に変更が生じると考えられる場合は、事前に管理型相当大学病院に相談するようお願いしていること。

(4) 共同して臨床研修を行う協力型(I)臨床研修施設又は協力型(II)臨床研修施設から臨床研修施設等変更届出書(施行通知の様式3)の提出を受け、又は共同して臨床研修を行う協力型(I)相当大学病院又は協力型(II)相当大学病院から大学病院等変更届出書(様式2)の提出を受けた管理型相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、速やかに当該臨床研修施設等変更届出書(施行通知の様式3)又は当該大学病院等変更届出書(様式2)を当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしていること。

第6 研修プログラム

(1) 単独方式

単独型相当大学病院が行う研修プログラムをいう。

(2) 臨床研修施設群方式

管理型相当大学病院が、協力型(I)臨床研修施設・協力型(II)相当大学病院または協力型(II)臨床研修施設・協力型(II)相当大学病院と連携して行う研修プログラムをいう。

(3) 広域連携型プログラム

広域連携型プログラムは、臨床研修施設群方式の研修プログラムのうち、異なる地域における地域歯科医療を経験する観点から、東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県の大学病院(以下「Aグループ」という。)が、それ以外の道府県の大学病院または臨床研修施設(以下「Bグループ」という。)とそれぞれ管理型相当大学病院又は協力型(I)相当大学病院として連携し、3月以上の研修を行う研修プログラムをいう。

なお、Aグループのうち、協力型(I)として研修プログラムを行う場合及びBグル

ープのうち、当該施設の研修プログラム（大学病院については管理型相当大学病院または単独型相当大学病院、臨床研修施設については管理型臨床研修施設または単独型臨床研修施設として実施するものに限る）の募集定員の合計が 10 人以上の場合は、当該プログラムの対象に含まない。

第7 大学病院と共同して臨床研修を行う臨床研修施設の研修プログラムの追加又は変更の届出

1 協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の研修プログラムの追加又は変更の届出

（1）協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の開設者は、研修プログラムを追加する場合又は変更する場合には、当該研修プログラムに基づく臨床研修を行おうとする年度の前年度の4月30日までに、当該研修プログラムに関し、次に掲げる書類を添えて、当該病院又は診療所に関する研修プログラム追加・変更届出書（施行通知の様式4-2）を厚生労働大臣に提出しなければならないこと。

ア 追加又は変更に係る研修プログラム（研修プログラムの変更の場合にあっては、変更前及び変更後の研修プログラム）

イ 研修プログラムの変更の場合にあっては、変更する箇所を記載した書類（変更部分に下線を付した変更前及び変更後の研修プログラムでも差し支えない。）

ウ 研修プログラムを追加する場合又は変更する場合には、共同して臨床研修を行うこととなる協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院に関する大学病院概況表（様式1-3，1-4）

エ 研修協力施設と共同して臨床研修を行おうとする場合にあっては、研修協力施設となる施設に関する研修協力施設概況表（施行通知の様式2）

（2）協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の開設者は、研修プログラムを追加する場合又は研修プログラムを変更する場合で臨床研修施設群の構成の変更を伴う場合には、（1）に加え、次に掲げる書類を添えて、厚生労働大臣に提出しなければならないこと。

ア 当該臨床研修施設群において、協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設を追加する場合、新たに協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設の指定を受けようとする病院又は診療所に関する臨床研修施設申請書（新規申請）（施行通知の様式1-3，1-4）、当該病院又は診療所が既にそれぞれの区分の臨床研修施設として指定を受けている場合には当該病院又は診療所に関する研修プログラム追加・変更届出書（施行通知の様式4-3）

イ 当該臨床研修施設群から、協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設を削除する場合で、それに伴い臨床研修施設群として参加する当該協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設がすべての参加プログラムから外れ、それぞれの区分の臨床研修施設としての指定の取消しを伴う場合には、

指定の取消しを受けようとする臨床研修施設は施行通知第2の16(3)の手続に従い、臨床研修施設指定取消申請書(施行通知の様式5)

ウ 当該臨床研修施設群において、新たに協力型(I)相当大学病院又は協力型(II)相当大学病院を追加する場合、当該大学病院に関する大学病院概況表(様式1-3, 1-4)

(3) 協力型(I)相当大学病院及び協力型(II)相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、研修プログラムを追加する場合又は変更する場合は、共同して臨床研修を行うこととなる協力型(I)相当大学病院又は協力型(II)相当大学病院に関する大学病院概況表(様式1-3, 1-4)を作成し、管理型臨床研修施設の開設者に提出するようお願いしていること。

(4) 協力型(I)相当大学病院又は協力型(II)相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の開設者は、当該病院又は診療所に関する研修プログラム追加・変更届出書(施行通知の様式4-2)及び添付書類を当該管理型臨床研修施設の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出すること。

2 管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行う協力型(I)臨床研修施設及び協力型(II)臨床研修施設の研修プログラムの追加又は変更の届出

(1) 管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行う協力型(I)臨床研修施設及び協力型(II)臨床研修施設の開設者は、研修プログラムを追加する場合又は変更する場合には、当該研修プログラムに基づく臨床研修を行おうとする年度の前年度の4月30日までに、当該研修プログラムに関し、次に掲げる書類を添えて、当該病院又は診療所に関する研修プログラム追加・変更届出書(施行通知の様式4-3)を共同して臨床研修を行う管理型相当大学病院の管理者を経由して厚生労働大臣に提出しなければならないこと。ただし、管理型相当大学病院の管理者を経由できない場合にあつては、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に相談すること。

ア 追加又は変更に係る研修プログラム(研修プログラムの変更の場合にあつては、変更前及び変更後の研修プログラム)

イ 研修プログラムの変更の場合にあつては、変更する箇所を記載した書類(変更部分に下線を付した変更前及び変更後の研修プログラムでも差し支えない。)

ウ 管理型相当大学病院に関する研修プログラムの追加又は変更の旨の大学病院概況表(様式1-2)

エ 研修プログラムを追加する場合又は変更する場合には、共同して臨床研修を行うこととなる協力型(I)相当大学病院又は協力型(II)相当大学病院に関する大学病院概況表(様式1-3, 1-4)

オ 研修協力施設と共同して臨床研修を行おうとする場合にあつては、研修協力施設となる施設に関する研修協力施設概況表(施行通知の様式2)

(2) 管理型相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、研修プログラムを追加する場合又は変更する場合には、当該病院に関する大学病院概況表(様式1-2)

を作成するようお願いしていること。

(3) 協力型 (I) 相当大学病院及び協力型 (II) 相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、研修プログラムを追加する場合又は変更する場合には、当該研修プログラムに関し、当該病院に関する大学病院概況表 (様式 1-3, 1-4) を作成し、管理型相当大学病院の管理者に提出するようお願いしていること。

(4) 管理型相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、(1) に加え、次に掲げる書類を一括して、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしていること。この場合において、複数の協力型 (I) 臨床研修施設及び協力型 (II) 臨床研修施設の添付書類が重複するときは、1 部を残して他を省略しても差し支えないこと。

ア 当該臨床研修施設群において、協力型 (I) 臨床研修施設又は協力型 (II) 臨床研修施設を追加する場合、新たに協力型 (I) 臨床研修施設又は協力型 (II) 臨床研修施設の指定を受けようとする病院又は診療所に関する臨床研修施設申請書 (新規申請) (施行通知の様式 1-3, 1-4)、当該病院又は診療所が既にそれぞれの区分の臨床研修施設として指定を受けている場合には当該病院又は診療所に関する研修プログラム追加・変更届出書 (施行通知の様式 4-3)

イ 当該臨床研修施設群から、協力型 (I) 臨床研修施設又は協力型 (II) 臨床研修施設を削除する場合で、それに伴い臨床研修施設群として参加する当該協力型 (I) 臨床研修施設又は協力型 (II) 臨床研修施設がすべての参加プログラムから外れ、それぞれの区分の臨床研修施設としての指定の取消しを伴う場合には、指定の取消しを受けようとする臨床研修施設は施行通知第 2 の 16 (3) の手続に従い、臨床研修施設指定取消申請書 (施行通知の様式 5)

ウ 当該臨床研修施設群において、新たに協力型 (I) 相当大学病院又は協力型 (II) 相当大学病院を追加する場合、当該大学病院に関する大学病院概況表 (様式 1-3, 1-4)

3 現に研修歯科医を受け入れている臨床研修施設は、当該研修歯科医が研修を修了し、又は中断するまでの間、当該研修歯科医が受ける臨床研修に係る研修プログラムの変更・廃止をしてはならないこと。

4 3にかかわらず、やむを得ない場合にあっては、研修プログラムの変更を行うことも認められること。この場合において、臨床研修施設の開設者は、速やかに、1 又は 2 の届出を行わなければならないこと。また、臨床研修施設と共同して臨床研修を行う大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、速やかに、1 又は 2 の情報提供を行うようお願いしていること。

第 8 大学病院と共同して臨床研修を行う臨床研修施設の研修プログラムの廃止の届出

1 協力型 (I) 相当大学病院又は協力型 (II) 相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の研修プログラムの廃止の届出

(1) 協力型 (I) 相当大学病院又は協力型 (II) 相当大学病院と共同して臨床研修を行

う管理型臨床研修施設の開設者は、研修プログラムを廃止する場合には、当該研修プログラムを廃止しようとする年度の前年度の4月30日までに、当該研修プログラムに関し、研修プログラム廃止届出書（施行通知の様式6）及び次に掲げる書類を、当該管理型臨床研修施設の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出すること。ウに掲げる書類については、管理型臨床研修施設の開設者が、共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設の臨床研修施設指定取消申請書（施行通知の様式5）を一括して、当該管理型臨床研修施設の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出すること。

ア 廃止しようとする研修プログラム

イ 研修プログラムの廃止に伴い、管理型臨床研修施設としての指定の取消しを申請する場合には、臨床研修施設指定取消申請書（施行通知の様式5）

ウ 研修プログラムの廃止に伴い、臨床研修施設群として参加する協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設がすべての参加プログラムから外れ、それぞれの区分の臨床研修施設としての指定の取消しを申請する場合には、当該施設の臨床研修施設指定取消申請書（施行通知の様式5）

2 管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の研修プログラムの廃止の届出

（1）管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の開設者は、研修プログラムが廃止される場合には、当該研修プログラムを廃止されようとする年度の前年度の4月30日までに、当該研修プログラムに関し、次に掲げる書類を、共同して臨床研修を行う管理型相当大学病院の管理者を経由して厚生労働大臣に提出しなければならないこと。ただし、管理型相当大学病院の管理者を経由できない場合にあっては、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に相談すること。また、イに掲げる書類について、管理型相当大学病院の管理者が提出した大学病院研修プログラム廃止届出書（様式3）が当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課の到達したときは、協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の開設者が届け出たものとみなすこと。なお、共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設においては、次に掲げる事項が生じると考えられる場合は、事前に管理型相当大学病院に相談すること。

ア 廃止しようとする研修プログラム

イ 管理型相当大学病院による当該研修プログラムに関する大学病院研修プログラム廃止届出書（様式3）

ウ 研修プログラムの廃止に伴い、臨床研修施設群として参加する協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設がすべての参加プログラムから外れ、それぞれの区分の臨床研修施設としての指定の取消しを申請する場合には、当該施設の臨床研修施設指定取消申請書（施行通知の様式5）

（2）管理型相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、当該病院に関する大

学病院研修プログラム廃止届出書（様式3）を作成するようお願いしていること。

- (3) 管理型相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設に関する（1）に掲げる書類を取りまとめ、一括して、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしていること。この場合において、複数の協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の書類が重複するときは、1部を残して他を省略しても差し支えないこと。

第9 大学病院と共同して臨床研修を行う臨床研修施設の年次報告

- 1 協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の年次報告
 - (1) 協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の開設者は、毎年4月30日までに、当該病院又は診療所に関する年次報告書（施行通知の様式7）に、現に行っている臨床研修に係る研修プログラム及び協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院に関する大学病院年次報告書（様式4）を添えて、これを厚生労働大臣に提出しなければならないこと。また、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあつては、研修協力施設に関する年次報告書（施行通知の様式7）を添付すること。
 - (2) 協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、当該病院に関する大学病院年次報告書（様式4）を作成し、管理型臨床研修施設の開設者に提出するようお願いしていること。
 - (3) 協力型（Ⅰ）相当大学病院又は協力型（Ⅱ）相当大学病院と共同して臨床研修を行う管理型臨床研修施設の開設者は、当該病院又は診療所に関する年次報告書（施行通知の様式7）及び添付書類と、共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設に関する年次報告書（施行通知の様式7）とを一括して、当該管理型臨床研修施設の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出すること。
- 2 管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の年次報告
 - (1) 管理型相当大学病院と共同して臨床研修を行う協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設の開設者は、毎年4月30日までに、当該病院又は診療所に関する年次報告書（施行通知の様式7）に、現に行っている臨床研修に係る研修プログラム並びに管理型相当大学病院、協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院に関する大学病院年次報告書（様式4）を添えて、管理型相当大学病院の管理者を経由して、厚生労働大臣に提出しなければならないこと。ただし、管理型相当大学病院の管理者を経由できない場合にあつては、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に相談すること。また、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあつては、研修協力施設に関する年次報告書

- (施行通知の様式7)を添付すること。
- (2) 管理型相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、当該病院に関する大学病院年次報告書(様式4)を作成するようお願いしていること。
 - (3) 協力型(I)相当大学病院及び協力型(II)相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、当該病院に関する大学病院年次報告書(様式4)を作成し、管理型相当大学病院の管理者に提出するようお願いしていること。
 - (4) 管理型相当大学病院の管理者に対しては、依頼通知により、共同して臨床研修を行う協力型(I)臨床研修施設及び協力型(II)臨床研修施設に関する年次報告書(施行通知の様式7)及び添付書類を取りまとめ、一括して、当該管理型相当大学病院の所在地を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに提出するようお願いしていること。この場合において、複数の協力型(I)臨床研修施設及び協力型(II)臨床研修施設の添付書類が重複するときは、1部を残して他を省略しても差し支えないこと。

第10 臨床研修施設に対する厚生労働大臣の報告の徴収等

- (1) 厚生労働大臣は、臨床研修の実施に関し必要があると認めるときは、臨床研修施設の開設者又は管理者に対して報告を求めることができる。
- (2) 厚生労働大臣は、研修プログラム、指導体制、施設、設備、研修歯科医の処遇その他の臨床研修の実施に関する事項について適当でないとき、臨床研修施設の開設者又は管理者に対して必要な指示をすることができること。
- (3) 厚生労働大臣は、臨床研修施設又はその指定を受けようとする病院若しくは診療所が省令第6条第1項から第3項までに規定する基準に適合しているかどうかを確認するために必要があるときは、臨床研修施設の開設者若しくは管理者又はその指定の申請者に対し、当該者の同意を得て実地に調査することができる。
- (4) 厚生労働大臣は、臨床研修施設群については、管理型臨床研修施設の開設者又は管理者に対し、協力型(I)臨床研修施設及び協力型(II)臨床研修施設に関する(1)の報告の徴収又は(2)の必要な指示をすることができる。

第11 文部科学省との連携

管理型相当大学病院、協力型(I)相当大学病院又は協力型(II)相当大学病院と共同して臨床研修を行う臨床研修施設からの指定の申請、変更の届出、研修プログラムの追加又は変更の届出、研修プログラムの廃止の届出若しくは年次報告並びに大学病院からの情報提供がなされた場合には、厚生労働省医政局歯科保健課から文部科学省高等教育局医学教育課に対して、その旨の情報提供を行うこととしていること。

大学病院概況表（単独型相当大学病院）

		申請年月日		
		施設番号（既取得施設のみ記入）		
		同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択）		
		病院名称（医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。）		
手続きの種別 ※複数選択可能	1. 臨床研修の開始			
	2. プログラムの追加又は変更			
		プログラムの変更を行う場合には、変更する項目番号を記載すること。		
1	病院名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		(フリガナ)		
2	病院の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		〒		
		都道府県		
		所在地		
3	病院の開設者の氏名 (法人の場合は法人名)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		(フリガナ)		
		氏名		
4	病院の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		〒		
		都道府県		
		所在地		
5	病院の管理者の氏名	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		(フリガナ)		
		氏名		
6	病院のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報について、ウェブサイトのアドレスを記入すること。		
7	歯科医師の員数	当該病院に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「21 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。		
		常に勤務する歯科医師数	名	「21 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。
		うち常勤の指導歯科医数	名	「21 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。
8	歯科衛生士の員数	常勤換算	名	当該病院に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
9	看護師の員数	常勤換算	名	当該病院に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。
10	診療科名	医療法に基づき当該病院が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。		
		医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(○には数を入力)診療科あり」とすること)		
11	病床数	病院全体の病床数	床	医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。
		うち歯科病床数	床	歯科関連病床数を記入すること。
12	臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備	歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。		
		歯科診療台		台
		ポータブルユニット		
		デンタルエックス線装置		
		パノラマ断層撮影装置		
		オートクレーブ		
		生体モニター		
		口腔内画像処理システム		※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。
		自動体外式除細動器（AED）		
		経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）		
		酸素ボンベ及び酸素マスク		
		血圧計		
		救急蘇生セット		
		歯科用吸引装置（口腔外）		台
		臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。		
医学・歯学図書又は雑誌	【1.有 0.無】			
インターネット環境	【1.有 0.無】			

13	病歴管理体制	病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。			
		病歴管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)		
			氏名		
			役職		
診療録の保存期間			年間保存		
14	医療安全管理体制	医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。			
		医療安全管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)		
			氏名		
			職種(資格)		
		医療安全管理部門の設置状況	※病院は設置が必須。		
			設置の有無	【1.有 0.無】	
			職員(専任、兼任の合計)		名
		医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。			
		医療に係る安全管理のための体制の確保	指針の策定状況	【1.有 0.無】	
			医療安全管理委員会の開催状況	年	回
			職員研修の実施状況	※年2回程度の職員研修が必須	
院内感染対策のための体制の確保に係る措置	指針の策定状況	【1.有 0.無】			
	院内感染対策委員会の開催状況	年	回		
	従業者に対する研修の実施状況	※年2回程度の従業者に対する研修が必須			
医療機関内におけるインシデント・アクシデント(事故報告)の報告体制に係る措置	報告体制の整備	【1.有 0.無】			
	具体的な方法				
15	患者からの相談に適切に応じる体制	患者相談窓口の設置状況の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。			
		患者相談窓口の設置状況	【1.設置済 2.意見箱の設置 3.その他】		
			その他の場合(具体的に記入すること)		
			対応時間(24時間表記)	～	
患者相談窓口等に係る規約の有無	【1.有 0.無】				
16	外来患者延べ数(※前年度実績)				
	申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数(小数点第二位を四捨五入)とすること。				
		外来診療(訪問診療除く)	訪問診療		
	年間患者延べ数				
	年間診療実日数				
	1日平均患者延べ数				
16	入院患者数(※前年度実績)				
	「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。				
		歯科・歯科口腔外科			
年間入院患者実数					
17	研修関連記録の保存	研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。			
		保存方法	【1.文書 2.電子媒体 3.その他】		
			その他の場合(具体的に記入すること)		
保存期間			年間保存		

研修管理委員会について、記入又はプルダウンから選択すること。				
18	研修管理委員会の運営指針	作成状況	1. 作成済	未作成の場合は作成すること。
	研修管理委員会の議事内容等の記録・保管	保存方法	【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】	
			その他の場合（具体的に記入すること）	
	保存期間			年間保存
研修管理委員会の開催状況	年		回	
研修管理委員会の出席率（前年度実績）	年間平均		%	委任状出席を認めている場合は、委任状出席を含んだ出席状況とすること。

19 研修管理委員会の構成員の氏名等
 研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。
 ※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。
 ※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する病院の名称、役職を記入すること。
 ※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については空欄で差し支えない。
 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。

	氏名	所属	役職	備考
1	フリガナ 氏名			研修管理委員長
2	フリガナ 氏名			
3	フリガナ 氏名			
4	フリガナ 氏名			
5	フリガナ 氏名			
6	フリガナ 氏名			
7	フリガナ 氏名			
8	フリガナ 氏名			
9	フリガナ 氏名			
10	フリガナ 氏名			
11	フリガナ 氏名			
12	フリガナ 氏名			
13	フリガナ 氏名			
14	フリガナ 氏名			
15	フリガナ 氏名			
16	フリガナ 氏名			
17	フリガナ 氏名			
18	フリガナ 氏名			
19	フリガナ 氏名			
20	フリガナ 氏名			

20 管理する研修プログラム

※自病院が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。（自施設が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。）欄が不足する場合は、適宜追加すること。

番号	研修プログラム番号	研修プログラムの名称	施設区分	自病院での研修期間 (○ヶ月、○週間など)	受け入れた研修歯科医数 (※前年度実績) (○名)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

大学病院概況表（単独型相当大学病院）

施設番号：	
病院名称：	

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

22	研修プログラムの名称				
23	研修プログラムの特色	※臨床研修の基本理念を踏まえ、本研修プログラムにはどのような特色があるか記入すること。			
24	臨床研修の目標	※本研修プログラムでは、臨床研修の修了時にどのようなことが達成されていることをめざすのか記入すること。			
25	臨床研修の目標を達成するための研修内容等	症例数の数え方、考え方について ※1と2いずれにも該当する場合は3を選択し、その旨を以下の「その他の場合」欄に記載すること。 1. 初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする 2. 処置ごとに一症例とする 3. その他			
		その他の場合（具体的に記入すること）			
		歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（必要症例数）（合計）		例	
		研修期間中に経験することを目標とする研修歯科医1人当たり症例数(目標症例数)（合計）		例	
		研修協力施設での研修分野・内容： ※研修協力施設と共同して研修を行う場合に記入すること。 ※厚生労働省が示す「歯科医師臨床研修の到達目標」以外に研修プログラムごとに設定する到達目標がある場合は、備考欄に記入すること。	備考：		
26	プログラム責任者の氏名	プログラム責任者	(フリガナ)		
			氏名		
		副プログラム責任者	(フリガナ)		
			氏名		
27	研修期間	年			
28	共同して臨床研修を行う施設数	研修協力施設：合計 ※研修協力施設と共同して研修を行う場合に記入すること。		施設	
29	研修歯科医の指導体制	研修歯科医の指導体制について、プルダウンから選択すること。 「3. その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。 1. 指導歯科医の直接の指導が中心 2. 指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする 3. その他			
		その他の場合（具体的に記入すること）			
30	募集定員	名			
31	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1. 公募 2. その他】		
			その他の場合		
		選考方法 (複数選択可)	【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】		
			その他の場合（具体的に記入すること）		
		募集及び選考の時期	募集時期		頃から
			選考時期		頃から
	マッチング利用の有無	【1.有 0.無】			
	研修開始時期				

32	研修歯科医の処遇	常勤・非常勤の別	【1.常勤 2.非常勤】		
	研修手当	基本手当（時給換算）	円/時間		
		賞与/年	円		
	その他手当	【1.有 0.無】			
		その他（具体的に）			
	勤務時間	基本的な勤務時間	～		
		その他（具体的に）			
	休暇	基本的な休暇			
		その他（具体的に）			
	時間外勤務	【1.有 0.無】			
	当直	【1.有 0.無】			
	研修歯科医の宿舎	【1.有 0.無】			
		有の場合			戸
		無の場合	住宅手当/月		円
	研修歯科医のための施設内の部屋	【1.有 0.無】			
	社会保険・労働保険	公的医療保険			
		公的年金保険			
		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 0.無】		
		雇用保険	【1.有 0.無】		
健康管理	健康診断	年		回	
	その他（具体的に）				
歯科医師賠償責任保険の扱い	医療機関において加入	【1.する 0.しない】			
	個人加入	【1.強制 0.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	【1.有 0.無】			
ハラスメント等の相談体制	【1.有 0.無】				
研修協力施設における処遇の運用 （※該当ある場合のみ選択すること）	1. 単独型相当大学病院と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。				
33	研修歯科医の評価に関する事項	修了判定を行う項目			
		修了判定を行う基準			
34	研修プログラムに関する問い合わせ先・資料請求先	〒			
		都道府県			
		所在地			
		担当部門 (フリガナ)			
		担当者氏名			
		役職			
		電話番号			
		E-mail			
	ホームページ	http://			

以下は、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合に記入又はプルダウンから選択すること。

35	研修協力施設の名称及び指導体制	施設番号	施設名称	施設の種類の	研修歯科医の指導を行う者の氏名	研修歯科医の指導を行う者の担当分野
		※未採番の場合は空欄とすること。		1.医療機関 2.その他機関		
	※すべての研修協力施設について施設番号順に、施設番号、施設名称、施設の種類の等を記入又はプルダウンから選択すること。					
	※欄が不足する場合は、適宜追加すること。					

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

大学病院概況表（管理型相当大学病院）

		申請年月日		
		施設番号（既取得施設のみ記入）		
		同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択）		
		病院名称（医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。）		
手続きの種別 ※複数選択可能	1. 臨床研修の開始			
	2. プログラムの追加又は変更			
		プログラムの変更を行う場合には、変更する項目番号を記載すること。		
1	病院名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		（フリガナ） 名称		
2	病院の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		〒		
		都道府県		
		所在地		
		電話		
3	病院の開設者の氏名 （法人の場合は法人名）	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		（フリガナ） 氏名		
4	病院の開設者の住所 （法人の場合は主たる事務所の所在地）	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		〒		
		都道府県		
		所在地		
		電話		
5	病院の管理者の氏名	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		（フリガナ） 氏名		
6	病院のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報について、ウェブサイトのアドレスを記入すること。		
7	歯科医師の員数	当該病院に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「21 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。		
		常に勤務する歯科医師数	名	「21 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。
		うち常勤の指導歯科医数	名	「21 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。
8	歯科衛生士の員数	常勤換算	名	当該病院に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
9	看護師の員数	常勤換算	名	当該病院に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。
10	診療科名	医療法に基づき当該病院が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。		
		医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(○)には数を入力)診療科あり」とすること)		
		他○(○)には数を入力)診療科あり		
11	病床数	病院全体の病床数	床	医療上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。
		うち歯科病床数	床	歯科関連病床数を記入すること。
12	臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備	歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。		
		歯科診療台		台
		ポータブルユニット		
		デンタルエックス線装置		
		パノラマ断層撮影装置		
		オートクレーブ		
		生体モニター		
		口腔内画像処理システム		※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。
		自動体外式除細動器（AED）		
		経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）		
		酸素ボンベ及び酸素マスク		
		血圧計		
		救急蘇生セット		
		歯科用吸引装置（口腔外）		台
臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。				
医学・歯学図書又は雑誌	【1. 有 0. 無】			
インターネット環境	【1. 有 0. 無】			
13	病歴管理体制	病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。		
		病歴管理者の氏名及び役職	（フリガナ）	
			氏名	
		複数名いる場合は代表者を記入す	役職	
		診療録の保存期間		年間保存

14	医療安全管理体制	医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。				
		医療安全管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)			
			氏名			
		医療安全管理部門の設置状況	職種 (資格)			
			※病院は設置が必須。			
			設置の有無	【1.有 0.無】		
		医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。				
		医療に係る安全管理のための体制の確保	指針の策定状況	【1.有 0.無】		
			医療安全管理委員会の開催状況	年		回
			職員研修の実施状況	※年2回程度の職員研修が必須		
		院内感染対策のための体制の確保に係る措置	指針の策定状況	【1.有 0.無】		
			院内感染対策委員会の開催状況	年		回
			従業者に対する研修の実施状況	※年2回程度の従業者に対する研修が必須		
		医療機関内におけるインシデント・アクシデント (事故報告) の報告体制に係る措置	報告体制の整備	【1.有 0.無】		
具体的な方法						

15	患者からの相談に適切に応じる体制	患者相談窓口の設置状況の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。				
		患者相談窓口の設置状況	【1. 設置済 2. 意見箱の設置 3. その他】			
			その他の場合 (具体的に記入すること)			
			対応時間 (24時間表記)		~	
	患者相談窓口等に係る規約の有無	【1.有 0.無】				

16	外来患者延べ数 (※前年度実績)			
	申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数 (小数点第二位を四捨五入) とすること。			
		外来診療 (訪問診療除く)	訪問診療	
	年間患者延べ数			
	年間診療実日数			

16	入院患者数 (※前年度実績)			
	「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。			
	年間入院患者実数	歯科・歯科口腔外科		

17	研修関連記録の保存	研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。			
		保存方法	【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】		
			その他の場合 (具体的に記入すること)		
保存期間			年間保存		

18	研修管理委員会について、記入又はプルダウンから選択すること。				
	研修管理委員会の運営指	作成状況	1. 作成済	未作成の場合は作成すること。	
	研修管理委員会の議事内容等の記録・保管	保存方法	【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】		
		保存期間	その他の場合 (具体的に記入すること)		
	研修管理委員会の開催状況	年		回	
研修管理委員会の出席率 (前年度実績)	年間平均		%	委任状出席を認めている場合は、委任状出席を含んだ出席状況とすること。	

19 研修管理委員会の構成員の氏名等
 研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。
 ※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。
 ※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する病院の名称、役職を記入すること。
 ※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については空欄で差し
 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。

		氏 名	所 属	役 職	備 考
1	フリガナ 氏名				研修管理委員長
2	フリガナ 氏名				
3	フリガナ 氏名				
4	フリガナ 氏名				
5	フリガナ 氏名				
6	フリガナ 氏名				
7	フリガナ 氏名				
8	フリガナ 氏名				
9	フリガナ 氏名				
10	フリガナ 氏名				
11	フリガナ 氏名				
12	フリガナ 氏名				
13	フリガナ 氏名				
14	フリガナ 氏名				
15	フリガナ 氏名				
16	フリガナ 氏名				
17	フリガナ 氏名				
18	フリガナ 氏名				
19	フリガナ 氏名				
20	フリガナ 氏名				

20 管理する研修プログラム

※自病院が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。（自施設が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。）欄が不足する場合は、適宜追加すること。

	研修プログラム番号	研修プログラム名称	施設区分	自病院での研修期間 （〇ヶ月、〇週間など）	受け入れた研修歯科医数 （※前年度実績）
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

大学病院概況表（管理型相当大学病院）

施設番号：	
病院名称：	

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

※協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院については、協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設とみなすこと。

22	研修プログラムの名称				
23	研修プログラムの特色	※臨床研修の基本理念を踏まえ、本研修プログラムにはどのような特色があるか記入すること。			
24	臨床研修の目標	※本研修プログラムでは、臨床研修の修了時にどのようなことが達成されていることをめざすのか記入すること。			
25	臨床研修の目標を達成するための研修内容等	症例数の数え方、考え方について ※1と2いずれにも該当する場合は3を選択し、その旨を以下の「その他の場合」欄に記載すること。 1. 初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする 2. 処置ごとに一症例とする 3. その他			
		その他の場合（具体的に記入すること）			
		歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（必要症例数）（合計）			例
		研修期間中に経験することを目標とする研修歯科医1人当たり症例数(目標症例数)（合計）			例
		協力型(Ⅱ)臨床研修施設での研修分野・内容： (※協力型(Ⅱ)臨床研修施設と共同して研修を行う場合に記入すること)		協力型(Ⅱ)臨床研修施設が補完する臨床研修施設の区分 研修分野・内容：	
26	広域連携型プログラムへの該当有無	【1.有 0.無】			
27	プログラム責任者の氏名	プログラム責任者	(フリガナ)		
			氏名		
		副プログラム責任者	(フリガナ)		
		氏名			
28	研修期間	年			
		臨床研修施設ごとの研修期間 (※該当する場合のみ記入すること)	臨床研修施設ごとの研修期間の内訳について、それぞれの臨床研修施設ごとに記入すること ※臨床研修施設ごとの期間を合計して、研修期間と一致するように記入すること。		
			管理型相当大学病院	か月	
			協力型（Ⅰ）臨床研修施設	か月	
	協力型（Ⅱ）臨床研修施設	日			
29	臨床研修施設群を構成する施設数（※該当する場合のみ記入すること）	協力型(Ⅰ)臨床研修施設：合計		施設	
		協力型(Ⅱ)臨床研修施設：合計		施設	
		研修協力施設：合計		施設	
30	研修歯科医の指導体制	研修歯科医の指導体制について、プルダウンから選択すること。 「3. その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。 1. 指導歯科医の直接の指導をが中心 2. 指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする 3. その他			
		その他の場合（具体的に記入すること）			
31	募集定員	名			
32	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1.公募 2.その他】 その他の場合（具体的に記入すること）		
		選考方法 (複数選択可)	【1.面接 2.筆記試験 3.その他】 その他の場合（具体的に記入すること）		
		募集及び選考の時期	募集時期		頃から
			選考時期		頃から
		マッチング利用の有無	【1.有 0.無】		
	研修開始時期				

33	研修歯科医の処遇		協力型（Ⅰ）臨床研修施設、協力型（Ⅱ）臨床研修施設、研修協力施設における処遇の適用		1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。						
	常勤・非常勤の別		【1.常勤 2.非常勤】								
	研修手当		基本手当（時給換算） 賞与／年				円／時間 円				
	その他手当		【1.有 0.無】 その他（具体的に）								
	勤務時間		基本的な勤務時間 その他（具体的に）			～					
	休暇		基本的な休暇 その他（具体的に）								
	時間外勤務 当直		【1.有 0.無】 【1.有 0.無】								
	研修歯科医の宿舎		【1.有 0.無】 有の場合 無の場合				戸 円				
	研修歯科医のための施設内の部屋		【1.有 0.無】								
	社会保険・労働保険		公的医療保険 公的年金保険 労働者災害補償保険法の適用 国家・地方公務員災害補償法の適用								
	健康管理		健康診断 その他（具体的に）		年		回				
	歯科医師賠償責任保険の扱い		医療機関において加入 個人加入				【1.する 0.しない】 【1.強制 0.任意】				
	外部の研修活動		学会、研究会等への参加 学会、研究会等への参加費用支給				【1.可 0.否】 【1.有 0.無】				
	ハラスメント等の相談体制						【1.有 0.無】				
	34	研修歯科医の評価に関する事項	修了判定を行う項目								
			修了判定を行う基準								
	35	研修プログラムに関する問い合わせ先・資料請求先	〒 都道府県 所在地 担当部門 (フリガナ) 担当者氏名 役職 電話番号 E-mail ホームページ		http://						
			協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設（相当大学院）	施設区分	管理型が実施する各研修プログラムの募集定員	施設の所在する都道府県	施設番号 ※新規申請中は空欄とすること。	施設名称	他の臨床研修施設が管理する研修プログラムへの参加	臨床研修施設として 新規指定を伴う 指定取消を伴う	
			管理型								
			※臨床研修施設群を構成するすべての協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設について施設番号と臨床研修施設の名称を記入すること。								
		※協力型（Ⅰ）臨床研修施設の施設番号順に記入した後、協力型（Ⅱ）臨床研修施設の施設番号順に記入すること。									
		※欄が不足する場合は、適宜追加すること。									
以下は、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合に記入又はプルダウンから選択すること。											
37	研修協力施設の名称及び指導体制	施設番号 ※未採番の場合は空欄とすること。	施設名称		施設の種類 1.医療機関 2.その他機関	研修歯科医の指導を行う者の氏名	研修歯科医の指導を行う者の担当分野				
	※すべての研修協力施設について施設番号順に、施設番号、施設名称、施設の種類等を記入又はプルダウンから選択すること。										
	※欄が不足する場合は、適宜追加すること。										

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

大学病院概況表（協力型（I）相当大学病院）

申請年月日

	施設番号（既取得施設のみ記入）		
	同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択）		
	施設名称（医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。）		
手続きの種別 ※複数選択可能	1. 臨床研修の開始		
	2. プログラムの追加又は変更		
	プログラムの変更を行う場合には、変更する項目番号を記載すること。		
書類の作成責任者の氏名及び連絡先 ※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がつきやすい方)の連絡先を記入すること。	(フリガナ)		
	氏名		
	役職		
	連絡先電話番号		
	E-mail		
1 病院名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	(フリガナ)		
2 病院的所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	〒		
	都道府県		
	所在地		
3 病院の開設者の氏名 (法人の場合は法人名)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	(フリガナ)		
4 病院の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	〒		
	都道府県		
	所在地		
5 病院の管理者の氏名	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	(フリガナ)		
6 病院のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報について、ウェブサイトのアドレスを記入すること。		
7 歯科医師の員数	当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「19 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。		
	常に勤務する歯科医師数	名	「19 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。
	うち常勤の指導歯科医数	名	「19 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「1. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。
8 歯科衛生士の員数	常勤換算	名	当該病院に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
9 看護師の員数	常勤換算	名	当該病院に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。
10 診療科名	医療法に基づき当該病院が標榜する診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。		
	医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(○)には数を入力)診療科あり」とすること		
11 病床数	病院全体の病床数	床	医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。
	うち歯科病床数	床	歯科関連病床数を記入すること。

12	臨床研修の実施に関し 必要な施設及び設備	歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。			
		歯科診療台		台	
		ポータブルユニット			
		デンタルエックス線装置			
		パノラマ断層撮影装置			
		オートクレーブ			
		生体モニター			
		口腔内画像処理システム		※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。	
		自動体外式除細動器（AED）			
		経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）			
		酸素ボンベ及び酸素マスク			
		血圧計			
		救急蘇生セット			
		歯科用吸引装置（口腔外）		台	
臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。					
医学・歯学図書又は雑誌	【1.有 0.無】				
インターネット環境	【1.有 0.無】				
13	病歴管理体制	病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。			
		病歴管理者の氏名及び役職	(フリガナ)		
			氏名		
		複数名いる場合は代表者を記入す	役職		
	診療録の保存期間		年間保存		
14	医療安全管理体制	医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。			
		医療安全管理者の氏名及び役職	(フリガナ)		
			氏名		
		複数名いる場合は代表者を記入すること。	職種（資格）		
		医療安全管理部門の設置状況	※病院は設置が必須。 設置の有無	【1.有 0.無】	
			職員（専任、兼任の合計）		名
		医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。			
		医療に係る安全管理のための体制の確保	指針の策定状況	【1.有 0.無】	
			医療安全管理委員会の開催状況	年	回
			職員研修の実施状況	※年2回程度の職員研修が必須 年	回
		院内感染対策のための体制の確保に係る措置	指針の策定状況	【1.有 0.無】	
			院内感染対策委員会の開催状況	年	回
			従業者に対する研修の実施状況	※年2回程度の従業者に対する研修が必須 年	回
		医療機関内におけるインシデント・アクシデント（事故報告）の報告体制に係る	報告体制の整備	【1.有 0.無】	
	具体的な方法				
15	患者からの相談に適切 に応じる体制	患者相談窓口の設置状況の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。			
		患者相談窓口の設置状況	【1.設置済 2.意見箱の設置 3.その他】		
			その他の場合（具体的に記入すること）		
			対応時間（24時間表記）	～	
	患者相談窓口等に係る規約の有無	【1.有 0.無】			
16	外来患者延べ数（※前年度実績） 申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数（小数点第二位を四捨五入）とすること。		外来診療（訪問診療除く）	訪問診療	
		年間患者延べ数			
		年間診療実日数			
		1日平均患者延べ数			
		入院患者数（※前年度実績） 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。			
			歯科・歯科口腔外科		
	年間入院患者実数				

17	研修関連記録の保存	研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。		
	保存方法	【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】		
		その他の場合（具体的に記入すること）		
保存期間			年間保存	

18 参加する研修プログラム

※自病院が参加する（管理する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。欄が不足する場合は、適宜追加すること。

番号	研修プログラム番号	研修プログラム名称	施設区分	自病院での研修期間 (○ヶ月、○週間など)	受け入れた研修歯科 医数（※前年度実績）
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

大学病院概況表（協力型（Ⅰ）相当大学病院）

施設番号：	
病院名称：	

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

20	参加する研修プログラムの名称			
	研修プログラム番号 <small>(研修プログラムを申請中の場合は空欄とすること)</small>			
21	参加する研修プログラムにおける本病院の役割	※参加する研修プログラムにおける、本病院の役割を記入すること。		
22	参加する研修プログラムにおける本病院の特色	※参加する研修プログラムにおける、本病院の特色を記入すること。		
23	広域連携型プログラムへの該当有無	【1.有 0.無】		
24	研修実施責任者 <small>(フリガナ)</small>			
	氏名			
25	募集定員	名		
26	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1. 公募 2. その他】 その他の場合 <small>(具体的に記入すること)</small>	
		選考方法 <small>(複数選択可)</small>	【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】 その他の場合 <small>(具体的に記入すること)</small>	
	募集及び選考の時期	募集時期		頃から
		選考時期		頃から
	マッチング利用の有無	【1.有 0.無】		
27	研修歯科医の処遇	処遇 1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。 <small>「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。</small>		
	常勤・非常勤の別	【1. 常勤 2. 非常勤】		
	研修手当	基本手当（時給換算）		円/時間
		賞与/年		円
	その他手当	【1.有 0.無】		
		その他（具体的に）		
	勤務時間	基本的な勤務時間		～
		その他（具体的に）		
	休暇	基本的な休暇		
		その他（具体的に）		
	時間外勤務	【1.有 0.無】		
	当直	【1.有 0.無】		
	研修歯科医の宿舎	【1.有 0.無】		
		有の場合		戸
		無の場合	住宅手当/月	円
	研修歯科医のための施設内の部屋	【1.有 0.無】		
	社会保険・労働保険	公的医療保険		
		公的年金保険		
		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 0.無】	
健康管理	雇用保険	【1.有 0.無】		
	健康診断	年	回	
	その他（具体的に）			
歯科医師賠償責任保険の扱い	医療機関において加入	【1.する 0.しない】		
	個人加入	【1.強制 0.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	【1.有 0.無】		
ハラスメント等の相談体	【1.有 0.無】			

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

大学病院概況表（協力型（Ⅱ）相当大学病院）

申請年月日

		施設番号（既取得施設のみ記入）	
		同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択）	
		施設名称（医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。）	
手続きの種別 ※複数選択可能	1. 臨床研修の開始		
	2. プログラムの追加又は変更		
	プログラムの変更を行う場合には、変更する項目番号を記載すること。		
書類の作成責任者の氏名及び連絡先 <small>※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がつきやすい方)の連絡先を記入すること。</small>	（フリガナ）		
	氏名		
	役職		
	連絡先電話番号		
	E-mail		
1 病院名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	（フリガナ）		
2 病院の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	〒		
	都道府県		
	所在地		
3 病院の開設者の氏名 (法人の場合は法人名)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	（フリガナ）		
	氏名		
	住所		
4 病院の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	〒		
	都道府県		
	所在地		
5 病院の管理者の氏名	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	（フリガナ）		
	氏名		
	住所		
6 病院のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報について、ウェブサイトのアドレスを記入すること。		
7 歯科医師の員数	当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「19 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。		
	常に勤務する歯科医師数	名	「19 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。
	うち常勤の指導歯科医数	名	「19 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「1. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。
8 歯科衛生士の員数	常勤換算	名	当該病院に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
9 看護師の員数	常勤換算	名	当該病院に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。
10 診療科名	医療法に基づき当該病院が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。		
	医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(○には数を入力)診療科あり」とすること)		
	他○(○には数を入力)診療科あり		
11 病床数	病院全体の病床数	床	医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。
	うち歯科病床数	床	歯科関連病床数を記入すること。
12 臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備	歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。		
	歯科診療台		台
	ポータブルユニット		
	デンタルエックス線装置		
	パノラマ断層撮影装置		
	オートクレーブ		
	生体モニター		
	口腔内画像処理システム		※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。
	自動体外式除細動器（AED）		
	経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）		
	酸素ポンプ及び酸素マスク		
	血圧計		
	救急蘇生セット		
	歯科用吸引装置（口腔外）		台
	臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。		
医学・歯学図書又は雑誌	【1. 有 0. 無】		
インターネット環境	【1. 有 0. 無】		

13	病歴管理体制	病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。				
		病歴管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)			
			氏名			
			職種 (資格)			
診療録の保存期間				年間保存		
14	医療安全管理体制	医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。				
		医療安全管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)			
			氏名			
			役職			
		医療安全管理部門の設置状況	※病院は設置が必須。			
			設置の有無	【1.有 0.無】		
			職員 (専任、兼任の合計)			名
		医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。				
		医療に係る安全管理のための体制の確保	指針の策定状況	【1.有 0.無】		
			医療安全管理委員会の開催状況	年		回
職員研修の実施状況	※年2回程度の職員研修が必須					
院内感染対策のための体制の確保に係る措置	指針の策定状況	【1.有 0.無】				
	院内感染対策委員会の開催状況	年		回		
	従業者に対する研修の実施状況	※年2回程度の従業者に対する研修が必須				
医療機関内におけるインシデント・アクシデント (事故報告) の報告体制に係る措置	報告体制の整備	【1.有 0.無】				
	具体的な方法					
15	患者からの相談に適切に応じる体制	患者相談窓口の設置状況の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。				
		患者相談窓口の設置状況	【1. 設置済 2. 意見箱の設置 3. その他			
			その他の場合 (具体的に記入すること)			
			対応時間 (24時間表		~	
患者相談窓口等に係る規約の有無	【1.有 0.無】					
16	外来患者延べ数 (※前年度実績)	申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数 (小数点第二位を四捨五入) とすること。				
			外来診療 (訪問診療除く)	訪問診療		
		年間患者延べ数				
		年間診療実日数				
		1日平均患者延べ数				
		入院患者数 (※前年度実績)	「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。			
	歯科・歯科口腔外科					
年間入院患者実数						
17	研修関連記録の保存	研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。				
		保存方法	【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】			
			その他の場合 (具体的に記入すること)			
保存期間			年間保存			

18 参加する研修プログラム

※自病院が参加する (管理する) すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。欄が不足する場合は、適宜追加すること。

番号	研修プログラム番号	研修プログラム名称	施設区分	自病院での研修期間 (〇ヶ月)	受け入れた研修歯科医数 (※前年度実績) (〇名)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

大学病院概況表（協力型（Ⅱ）相当大学病院）

施設番号：	
病院名称：	

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

20	参加する研修プログラムの名称				
	研修プログラム番号 (研修プログラムを申請中の場合は空欄とすること)				
21	参加する研修プログラム における本病院の役割	※参加する研修プログラムにおける、本病院の役割を記入すること。			
22	参加する研修プログラム における本病院の特色	※参加する研修プログラムにおける、本病院の特色を記入すること。			
23	広域連携型プログラムへの該当有無	【1.有 0.無】			
24	研修実施責任者	(フリガナ)			
		氏名			
25	募集定員	名			
26	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1. 公募 2. その他】 その他の場合 (具体的に記入すること)		
		選考方法 (複数選択可)	【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】 その他の場合 (具体的に記入すること)		
		募集及び選考の時期	募集時期		頃から
			選考時期		頃から
		マッチング利用の有無	【1.有 0.無】		
27	研修歯科医の処遇	処遇	1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。 「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。		
		常勤・非常勤の別	【1. 常勤 2. 非常勤】		
		研修手当	基本手当(時給換算)		円/時間
			賞与/年		円
		その他手当	【1.有 0.無】		
			その他(具体的に)		
		勤務時間	基本的な勤務時間	～	
			その他(具体的に)		
		休暇	基本的な休暇		
			その他(具体的に)		
		時間外勤務	【1.有 0.無】		
		当直	【1.有 0.無】		
		研修歯科医の宿舎	【1.有 0.無】		
			有の場合		戸
			無の場合	住宅手当/月	円
		研修歯科医のための施設内の部屋	【1.有 0.無】		
		社会保険・労働保険	公的医療保険		
			公的年金保険		
			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 0.無】	
			雇用保険	【1.有 0.無】	
		健康管理	健康診断	年	回
			その他(具体的に)		
		歯科医師賠償責任保険の扱い	医療機関において加入	【1.する 0.しない】	
			個人加入	【1.強制 0.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	【1.有 0.無】	
ハラスメント等の相談体制	【1.有 0.無】				

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

申請年月日

施設番号	
臨床研修施設等名	
開設者	

大学病院等臨床研修施設等変更届出書

大学病院と共同して歯科医師の臨床研修を行う臨床研修施設の特例について(令和8年3月31日医政発●●第●号厚生労働省医政局長通知)第5の規定、または歯科医師の臨床研修を行う大学病院からの情報提供に関する依頼について(令和8年3月31日医政発●●第●号厚生労働省医政局長通知)第2、第3及び第5の規定に基づき、臨床研修の実施について、以下のとおり変更が生じたので届け出ます。

変更があった事項	変更前	変更後
(ア) 開設者の氏名・住所		
(イ) 管理者の氏名		
(ウ) 施設名称・所在地		
(エ) 診療科名		
(オ) 病床の種別ごとの病床数		
(カ) 研修管理委員会の構成員		
(キ) プログラム責任者		
(ク) 指導歯科医の氏名		
(ケ) 研修歯科医の処遇に関する事項		

- (注) 1 必要がある場合には、続紙(様式自由、一覧表でも可)に記載して添付すること。
- 2 「変更前」及び「変更後」欄には、変更のあった事項に関して、変更前と変更後を区別して記入すること。
- 3 (エ)から(カ)及び(ク)から(ケ)に掲げる事項に係る変更については、年次報告の際に併せて届け出ること。
- 4 研修協力施設は(ア)から(オ)及び(ク)から(ケ)に掲げる事項に変更があった場合に、年次報告の際に併せて届け出ること。なお、(ク)欄は「研修歯科医の指導を行う者及びその担当分野」と読み替えるものとする。

届出年月日	
施設番号	
病院名	

大学病院研修プログラム廃止届出書

大学病院と共同して歯科医師の臨床研修を行う臨床研修施設の特例について(令和8年3月31日医政発●●第●号厚生労働省医政局長通知)第2及び第8、または歯科医師の臨床研修を行う大学病院からの情報提供に関する依頼について(令和8年3月31日医政発●●第●号厚生労働省医政局長通知)第2及び第3、第7の規定に基づき、以下のとおり研修プログラムの廃止を届出いたします。

研修プログラム番号	
研修プログラムの名称	
研修プログラムを廃止しようとする理由	
研修プログラムの廃止をしようとする期日	

臨床研修施設群について(臨床研修施設群方式の場合は以下に記入すること。)

施設番号	臨床研修施設の名称	臨床研修施設の指定の取消しを伴う

(注) 必要がある場合には、続紙(様式自由)に記載して添付すること。

大学病院年次報告書

報告年月日

施設番号	
施設区分（区分を選択）	
病院名称	

※以下「前年度実績」などの規定が特でない項目については、報告年度の4月1日時点の情報を記載すること。

書類の作成責任者の氏名及び連絡先 ※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がつきやすい方)の連絡先を記入すること。	(フリガナ)	
	氏名	
	役職	
	連絡先電話番号	
	E-mail	

1	病院名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。	
		(フリガナ)	
2	病院の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。	
		〒	
		都道府県	
		所在地	
	電話		
3	病院の開設者の氏名 (法人の場合は法人名)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。	
		(フリガナ)	
	氏名		
4	病院の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。	
		〒	
		都道府県	
		所在地	
	電話		
5	病院の管理者の氏名	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。	
		(フリガナ)	
	氏名		
6	病院のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報について、ウェブサイトのアドレスを記入すること。	
7	歯科医師の員数	当該病院に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「17 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。	
		常に勤務する歯科医師数	名
		うち常勤の指導歯科医数	名
8	歯科衛生士の員数	常勤換算	名
9	看護師の員数	常勤換算	名
10	診療科名	医療法に基づき当該病院が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。	
11	病床数	病院全体の病床数	床
		うち歯科病床数	床
12	歯科設備状況	歯科診療台については台数を記入すること。ポータブルユニットについてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。	
		歯科診療台	台
		ポータブルユニット	
13	外来患者延べ数（※前年度実績） 申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数（少数第二位を四捨五入）とすること。		
		外来診療（訪問診療除く）	訪問診療
		年間患者延べ数	
		年間診療実日数	
		1日平均延べ患者数	
	入院患者数（※前年度実績） 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。		
		歯科・歯科口腔外科	
	年間入院患者実数		

※14,15,16については、単独型相当大学病院又は管理型相当大学病院のみ記入すること。

研修管理委員会について

14	研修管理委員会の議事内容等の記録・保管	保存方法	【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】	
		保存期間	その他の場合（具体的に記入すること）	年間保存
	研修管理委員会の開催状況	年	回	
	研修管理委員会の出席率（前年度実績）	年間平均	%	委任状出席を認めている場合は、委任状出席を含んだ出席状況とすること。

15 研修管理委員会の構成員の氏名等
 研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。
 ※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。
 ※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する病院の名称、役職を記入すること。
 ※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については空欄で差し支えない。
 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。

	氏名	所属	役職	備考
1	フリガナ 氏名			研修管理委員長
2	フリガナ 氏名			
3	フリガナ 氏名			
4	フリガナ 氏名			
5	フリガナ 氏名			
6	フリガナ 氏名			
7	フリガナ 氏名			
8	フリガナ 氏名			
9	フリガナ 氏名			
10	フリガナ 氏名			
11	フリガナ 氏名			
12	フリガナ 氏名			
13	フリガナ 氏名			
14	フリガナ 氏名			
15	フリガナ 氏名			
16	フリガナ 氏名			
17	フリガナ 氏名			
18	フリガナ 氏名			
19	フリガナ 氏名			
20	フリガナ 氏名			

16 管理する研修プログラム

※自病院が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。（自病院が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。）
 欄が不足する場合は、適宜追加すること。

	研修プログラム番号	研修プログラム名称	施設区分	自病院での研修期間 （〇ヶ月、〇週間など）	受け入れた研修歯科医数 （※前年度実績） （〇名）
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

大学病院年次報告書

施設番号：	
病院名称：	

※以下からは単独型相当大学病院又は管理型相当大学病院の年次報告をする場合、研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。
 ※協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院については、協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設とみなすこと。

18	研修プログラムの名称				
	研修プログラム番号				
19	臨床研修の目標を達成するための研修内容等	症例数の数え方、考え方について ※1と2いずれにも該当する場合は3を選択し、その旨を以下の「その他の場合」欄に記載すること。 1. 初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする 2. 処置ごとに一症例とする 3. その他			
		その他の場合（具体的に記入すること）			
		歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（必要症例数）（合計）		例	
		研修期間中に経験することを目標とする研修歯科医1人当たり症例数(目標症例数)（合計）		例	
		協力型(Ⅱ)臨床研修施設での研修分野・内容：	※協力型(Ⅱ)臨床研修施設と共同して研修を行う場合に記入すること 協力型(Ⅱ)臨床研修施設が補充する臨床研修施設の区分 研修分野・内容：		
		訪問歯科診療に関する研修の実施の有無	【1.有 0.無】		
	病院歯科（大学病院含む）と歯科診療所の連携に関する研修の実施の有無	【1.有 0.無】			
20	研修プログラムの概要	自研修プログラムの区分	【1.単独方式 2.臨床研修施設群方式】		
		広域連携型プログラムへの該当有無	【1.有 0.無】		
		研修期間	年		
		臨床研修施設ごとの研修期間 ※管理型プログラムの場合記載すること。	臨床研修施設ごとの研修期間の内訳について、臨床研修施設ごとに記入すること。 ※臨床研修施設ごとの期間を合計して、研修期間と一致するように記入すること。		
			管理型臨床研修施設		か月
		協力型（Ⅰ）臨床研修施設		か月	
		協力型（Ⅱ）臨床研修施設		日	
21	研修プログラムの実績	当該研修プログラムを修了した研修歯科医数（※前年度実績）			
		実際に研修歯科医を受け入れた施設数（※前年度実績）	協力型（Ⅰ）	施設	
			協力型（Ⅱ）	施設	
			研修協力施設	施設	
		研修プログラム開始前の採用予定者数（※今年度）			
		現に受け入れている研修歯科医の数（※今年度開始時点）			
	研修歯科医1人あたりの平均症例数（※前年度実績）				
	目標症例数を達成した研修歯科医の割合（※前年度実績）				
22	プログラム責任者の氏名	プログラム責任者	(フリガナ)		
			氏名		
		副プログラム責任者	(フリガナ)		
			氏名		
23	研修歯科医の指導体制	研修歯科医の指導体制について、プルダウンから選択すること。 「3. その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。			
		研修歯科医の指導体制について、選択し、その他具体的に記入すること。 1. 指導歯科医の直接の指導が中心 2. 指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする 3. その他			
		その他の場合（具体的に記入すること）			
24	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集定員		名	
		募集方法	【1.公募 2.その他】		
			その他の場合（具体的に記入すること）		
		選考方法 (複数選択可)	【1.面接 2.筆記試験 3.その他】		
			その他の場合（具体的に記入すること）		
		募集及び選考の時期	募集時期		頃から
		選考時期		頃から	
	マッチング利用の有無	【1.有 0.無】			

大学病院年次報告書

施設番号	
病院名称	

※以下からは協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設の年次報告をする場合、研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

※協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院の年次報告をする場合についても、同様とすること。

18	参加する研修プログラムの名称			
	研修プログラム番号			
19	参加するプログラムにおける本病院の役割	※参加する研修プログラムにおける、本病院の役割を記入すること。		
	参加する研修プログラムにおける本病院の特色	※参加する研修プログラムにおける、本病院の特色を記入すること。		
21	広域連携型プログラムへの該当有無	【1.有 0.無】		
22	研修実施責任者の氏名	(フリガナ)		
		氏名		
23	募集定員	名		
24	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1. 公募 2. その他】	
		その他の場合（具体的に記入すること）		
	選考方法 (複数選択可)	【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】		
	その他の場合（具体的に記入すること）			
	募集及び選考の時期	募集時期		頃から
	選考時期		頃から	
	マッチング利用の有無	【1.有 0.無】		
25	研修歯科医の処遇	協力型(Ⅰ)・協力型(Ⅱ)・研修協力施設における処遇の適用		
	1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。			
	「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。			
	常勤・非常勤の別	【1. 常勤 2. 非常勤】		
	研修手当	基本手当（時給換算）		円/時間
		賞与/年		円
	その他手当	【1.有 0.無】		
		その他（具体的に）		
	勤務時間	基本的な勤務時間	～	
		その他（具体的に）		
	休暇	基本的な休暇		
		その他（具体的に）		
	時間外勤務	【1.有 0.無】		
	当直	【1.有 0.無】		
	研修歯科医の宿舍	【1.有 0.無】		
		有の場合		戸
		無の場合	住宅手当/月	円
	研修歯科医のための施設内の部屋	【1.有 0.無】		
	社会保険・労働保険	公的医療保険		
		公的年金保険		
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 0.無】		
健康管理	雇用保険	【1.有 0.無】		
	健康診断	年	回	
歯科医師賠償責任保険の扱い	健康診断	その他（具体的に）		
	病院において加入	【1.する 0.しない】		
外部の研修活動	個人加入	【1.強制 0.任意】		
	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	【1.有 0.無】		
ハラスメント等の相談体制	【1.有 0.無】			

26 参加する研修プログラム

※自施設が参加する（管理する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。欄が不足する場合は、適宜追加すること。

番号	管理型臨床研修施設（管理型相当大学病院）の名称	研修プログラム番号	研修プログラム名称	施設区分
1				
2				
3				
4				
5				

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

臨床研修施設申請書（新規申請）（単独型臨床研修施設）

申請年月日

施設番号（既取得施設のみ記入）	
同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択）	
施設名称（医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。）	

1	施設名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		（フリガナ）		
2	施設の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		〒		
		都道府県		
		所在地		
3	施設の開設者の氏名 (法人の場合は法人名)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		（フリガナ）		
4	施設の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		〒		
		都道府県		
		所在地		
5	施設の開設年月	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		年	月	※3年以上の開設歴が必要。
6	施設の管理者の氏名	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		（フリガナ）		
7	施設のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報について、ウェブサイトのアドレスを記入すること。		
8	歯科医師の員数	当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「22 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。		
		常に勤務する歯科医師数	名	「22 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。
		うち常勤の指導歯科医数	名	「22 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。
9	歯科衛生士の員数	常勤換算	名	当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
10	看護師の員数	常勤換算	名	当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。
11	診療科名	医療法に基づき当該施設が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。		
		他○(○には数を入力)診療科あり		
12	病床数	施設全体の病床数	床	医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。
		うち歯科病床数	床	歯科関連病床数を記入すること。
13	臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備	歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。		
		歯科診療台		台
		ポータブルユニット		
		デンタルエックス線装置		
		パノラマ断層撮影装置		
		オートクレーブ		
		生体モニター		
		口腔内画像処理システム		※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。
		自動体外式除細動器（AED）		
		経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）		
		酸素ボンベ及び酸素マスク		
		血圧計		
		救急蘇生セット		
		歯科用吸引装置（口腔外）		台
	臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。			
	医学・歯学図書又は雑誌		【1.有 0.無】	
	インターネット環境		【1.有 0.無】	

14	病歴管理体制	病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。				
		病歴管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)			
			氏名			
			役職			
診療録の保存期間				年間保存		
15	医療安全管理体制	医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。				
		医療安全管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)			
			氏名			
			職種(資格)			
		医療安全管理部門の設置状況	※病院は設置が必須。それ以外の施設は任意。			
			設置の有無	【1.有 0.無】		
		医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。		職員(専任、兼任の合計)		名
		医療に係る安全管理のための体制の確保	指針の策定状況	【1.有 0.無】		
			医療安全管理委員会の開催状況	※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能		
				年		回
			職員研修の実施状況	※年2回程度の職員研修が必須		
				年		回
院内感染対策のための体制の確保に係る措置	指針の策定状況		【1.有 0.無】			
	院内感染対策委員会の開催状況	※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能				
		年		回		
	従業者に対する研修の実施状況	※年2回程度の従業者に対する研修が必須				
	年		回			
医療機関内におけるインシデント・アクシデント(事故報告)の報告体制に係る措置	報告体制の整備	【1.有 0.無】				
	具体的な方法					
16	患者からの相談に適切に応じる体制	患者相談窓口の設置状況(診療所の場合は意見箱等の設置でも可能)の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。				
		患者相談窓口の設置状況	【1.設置済 2.意見箱の設置 3.その他】			
			その他の場合(具体的に記入すること)			
			対応時間(24時間表記)		~	
患者相談窓口等に係る規約の有無		【1.有 0.無】				
17	外来患者延べ数(※前年度実績) 申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数(小数点第二位を四捨五入)とすること。	外来診療(訪問診療除く)		訪問診療		
		年間患者延べ数				
		年間診療実日数				
		1日平均患者延べ数				
		入院患者数(※前年度実績) 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。				
年間入院患者実数		歯科・歯科口腔外科				
18	研修関連記録の保存	研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。				
		保存方法	【1.文書 2.電子媒体 3.その他】			
			その他の場合(具体的に記入すること)			
保存期間			年間保存			
19	研修管理委員会について、記入又はプルダウンから選択すること。	研修管理委員会の運営指針	作成状況	1.作成済 0.未作成	未作成の場合は作成すること。	
			研修管理委員会の議事内容等の記録・保管	保存方法	【1.文書 2.電子媒体 3.その他】	
				その他の場合(具体的に記入すること)		
		保存期間			年間保存	

20	研修管理委員会の構成員の氏名等 研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。 ※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。 ※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する施設の名称、役職を記入すること。 ※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については空欄で差し ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。			
	氏名	所属	役職	備考
1	フリガナ 氏名			研修管理委員長
2	フリガナ 氏名			
3	フリガナ 氏名			
4	フリガナ 氏名			
5	フリガナ 氏名			
6	フリガナ 氏名			
7	フリガナ 氏名			
8	フリガナ 氏名			
9	フリガナ 氏名			
10	フリガナ 氏名			
11	フリガナ 氏名			
12	フリガナ 氏名			
13	フリガナ 氏名			
14	フリガナ 氏名			
15	フリガナ 氏名			
16	フリガナ 氏名			
17	フリガナ 氏名			
18	フリガナ 氏名			
19	フリガナ 氏名			
20	フリガナ 氏名			

21 管理する研修プログラム

※自施設が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。
 （自施設が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。）
 欄が不足する場合は、適宜追加すること。

	研修プログラム番号	研修プログラムの名称	施設区分	自施設での研修期間 (○ヶ月、○週間など)	受け入れた研修歯科 医数 (※前年度実績)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

臨床研修施設申請書（新規申請）（単独型臨床研修施設）

施設番号：	
施設名称：	

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

23	研修プログラムの名称				
24	研修プログラムの特色	※臨床研修の基本理念を踏まえ、本研修プログラムにはどのような特色があるか記入すること。			
25	臨床研修の目標	※本研修プログラムでは、臨床研修の修了時にどのようなことが達成されていることをめざすのか記入すること。			
26	臨床研修の目標を達成するための研修内容等	症例数の数え方、考え方について ※1と2いずれにも該当する場合は3を選択し、その旨を以下の「その他の場合」欄に記載すること。			
		1. 初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする 2. 処置ごとに一症例とする 3. その他			
		その他の場合（具体的に記入すること）			
		歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（必要症例数）（合計）		例	
		研修期間中に経験することを目標とする研修歯科医1人当たり症例数（目標症例数）（合計）		例	
	研修協力施設での研修分野・内容： ※研修協力施設と共同して研修を行う場合に記入すること。 ※厚生労働省が示す「歯科医師臨床研修の到達目標」以外に研修プログラムごとに設定する到達目標がある場合は、備考欄に記入すること。	備考：			
27	プログラム責任者の氏名	プログラム責任者	(フリガナ)		
			氏名		
		副プログラム責任者	(フリガナ)		
			氏名		
28	研修期間	年			
29	共同して臨床研修を行う施設数	研修協力施設：合計 ※研修協力施設と共同して研修を行う場合に記入すること。		施設	
30	研修歯科医の指導体制	研修歯科医の指導体制について、プルダウンから選択すること。 「3. その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。			
		1. 指導歯科医の直接の指導が中心 2. 指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする 3. その他			
		その他の場合（具体的に記入すること）			
31	募集定員	名			
32	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1. 公募 2. その他】		
			その他の場合（具体的に記入すること）		
		選考方法 (複数選択可)	【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】		
			その他の場合（具体的に記入すること）		
		募集及び選考の時期	募集時期		頃から
			選考時期		頃から
	マッチング利用の有無	【1.有 0.無】			
	研修開始時期				

33	研修歯科医の処遇	常勤・非常勤の別	【1.常勤 2.非常勤】		
		研修手当	基本手当（時給換算）		円／時間
			賞与／年		円
		その他手当	【1.有 0.無】		
			その他（具体的に）		
		勤務時間	基本的な勤務時間	～	
			その他（具体的に）		
		休暇	基本的な休暇		
			その他（具体的に）		
		時間外勤務	【1.有 0.無】		
		当直	【1.有 0.無】		
		研修歯科医の宿舎	【1.有 0.無】		
			有の場合		戸
			無の場合	住宅手当／月	円
		研修歯科医のための施設内の部屋	【1.有 0.無】		
		社会保険・労働保険	公的医療保険		
			公的年金保険		
			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 0.無】	
			雇用保険	【1.有 0.無】	
		健康管理	健康診断	年	回
			その他（具体的に）		
		歯科医師賠償責任保険の扱い	医療機関において加入	【1.する 0.しない】	
	個人加入	【1.強制 0.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	【1.有 0.無】			
ハラスメント等の相談体	【1.有 0.無】				
研修協力施設における処遇の運用（※該当ある場合のみ選択すること）	1. 単独型臨床研修施設と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。				
34	研修歯科医の評価に関する事項	修了判定を行う項目			
		修了判定を行う基準			
35	研修プログラムに関する問い合わせ先・資料請求先	〒			
		都道府県			
		所在地			
		担当部門			
		（フリガナ）			
		担当者氏名			
		役職			
		電話番号			
E-mail					
ホームページ	http://				

以下は、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合に記入又はプルダウンから選択すること。

36	研修協力施設の名称及び指導体制 ※すべての研修協力施設について施設番号順に、施設番号、施設名称、施設の種類等を記入又はプルダウンから選択すること。 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。	施設番号 ※未採番の場合は空欄とすること。	施設名称	施設の種類 1.医療機関 2.その他機関	研修歯科医の指導を行う者の氏名	研修歯科医の指導を行う者の担当分野	

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

臨床研修施設申請書（新規申請）（管理型臨床研修施設）

申請年月日

施設番号（既取得施設のみ記入）	
同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択）	
施設名称（医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。）	

1	施設名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		(フリガナ)		
		名称		
2	施設の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		〒		
		都道府県		
		所在地		
		電話		
3	施設の開設者の氏名 (法人の場合は法人名)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		(フリガナ)		
		氏名		
4	施設の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		〒		
		都道府県		
		所在地		
		電話		
5	施設の開設年月	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		年	月	※3年以上の開設歴が必要。
6	施設の管理者の氏名	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		(フリガナ)		
		氏名		
7	施設のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報について、ウェブサイトのアドレスを記入すること。		
8	歯科医師の員数	当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「22 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。		
		常に勤務する歯科医師数	名	「22 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。
		うち常勤の指導歯科医数	名	「22 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。
9	歯科衛生士の員数	常勤換算	名	当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
10	看護師の員数	常勤換算	名	当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。
11	診療科名	医療法に基づき当該施設が標榜する診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。		
		医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(○には数を入力)診療科あり」とすること)		
				他○(○には数を入力)診療科あり
12	病床数	施設全体の病床数	床	医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。
		うち歯科病床数	床	歯科関連病床数を記入すること。
13	臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備	歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。		
		歯科診療台		台
		ポータブルユニット		
		デンタルエックス線装置		
		パノラマ断層撮影装置		
		オートクレーブ		
		生体モニター		
		口腔内画像処理システム		※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。
		自動体外式除細動器（AED）		
		経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）		
		酸素ボンベ及び酸素マスク		
		血圧計		
		救急蘇生セット		
		歯科用吸引装置（口腔外）		台
	臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。			
	医学・歯学図書又は雑誌	【1. 有 0. 無】		
	インターネット環境	【1. 有 0. 無】		

14	病歴管理体制	病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。			
		病歴管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)		
			氏名		
		診療録の保存期間			年間保存
15	医療安全管理体制	医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。			
		医療安全管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)		
			氏名		
		医療安全管理部門の設置状況	※病院は設置が必須。それ以外の施設は任意。		
			設置の有無	【1.有 0.無】	
			職員(専任、兼任の合計)		名
		医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。			
		医療に係る安全管理のための体制の確保	指針の策定状況	【1.有 0.無】	
			医療安全管理委員会の開催状況	※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能	年 回
			職員研修の実施状況	※年2回程度の職員研修が必須	年 回
		院内感染対策のための体制の確保に係る措置	指針の策定状況	【1.有 0.無】	
			院内感染対策委員会の開催状況	※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能	年 回
従業者に対する研修の実施状況	※年2回程度の従業者に対する研修が必須		年 回		
医療機関内におけるインシデント・アクシデント(事故報告)の報告体制に係る措置	報告体制の整備	【1.有 0.無】			
	具体的な方法				
16	患者からの相談に適切に応じる体制	患者相談窓口の設置状況(診療所の場合は意見箱等の設置でも可能)の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。			
		患者相談窓口の設置状況	【1.設置済 2.意見箱の設置 3.その他の場合(具体的に記入すること)		
			対応時間(24時間表記)	~	
			患者相談窓口等に係る規約の有無	【1.有 0.無】	
17	外来患者延べ数(※前年度実績) 申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数(小数点第二位を四捨五入)とすること。		外来診療(訪問診療除く)	訪問診療	
		年間患者延べ数			
		年間診療実日数			
		1日平均患者延べ数			
	入院患者数(※前年度実績) 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。		歯科・歯科口腔外科		
		年間入院患者実数			
18	研修関連記録の保存	研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。			
		保存方法	【1.文書 2.電子媒体 3.その他】		
			その他の場合(具体的に記入すること)		
保存期間			年間保存		

研修管理委員会について、記入又はプルダウンから選択すること。				
19	研修管理委員会の運営 指針	作成状況	1. 作成済 0. 未作成	未作成の場合は作成すること。
	研修管理委員会の議事 内容等の記録・保管	保存方法	【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】 その他の場合（具体的に記入すること）	
		保存期間		年間保存

20 研修管理委員会の構成員の氏名等

研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。

※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。

※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する施設の名称、役職を記入すること。

※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については空欄で差し支
※欄が不足する場合は、適宜追加すること。

	氏 名	所 属	役 職	備 考
1	フリガナ 氏名			研修管理委員長
2	フリガナ 氏名			
3	フリガナ 氏名			
4	フリガナ 氏名			
5	フリガナ 氏名			
6	フリガナ 氏名			
7	フリガナ 氏名			
8	フリガナ 氏名			
9	フリガナ 氏名			
10	フリガナ 氏名			
11	フリガナ 氏名			
12	フリガナ 氏名			
13	フリガナ 氏名			
14	フリガナ 氏名			
15	フリガナ 氏名			
16	フリガナ 氏名			
17	フリガナ 氏名			
18	フリガナ 氏名			
19	フリガナ 氏名			
20	フリガナ 氏名			

21 管理する研修プログラム

※自施設が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。（自施設が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。）欄が不足する場合は、適宜追加すること。

番号	研修プログラム番号	研修プログラム名称	施設区分	自施設での研修期間 （〇ヶ月、〇週間など）	受け入れた研修歯科医数 （※前年度実績） （〇名）
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

臨床研修施設申請書（新規申請）（管理型臨床研修施設）

施設番号：
施設名称：

22 歯科医師名簿

※当該施設に勤務し、歯科医師臨床研修に関与するすべての歯科医師について記入すること。（研修歯科医は含まないこと）
「臨床経験年数」欄には、研修歯科医の期間も含めた臨床経験年数を年単位で記入すること（1年未満の歳数は切り捨て）。
「指導歯科医講習会受講歴」欄には、初回の指導歯科医講習会の受講年、講習会名を記入すること
「プログラム責任者講習会受講の有無」欄は、プログラム責任者講習会の受講歴の有無をアルファベットから選択すること。
「取得している専門医・認定医資格」欄は、日本歯科専門医機構、日本歯科医学会専門分科会、日本歯科医学会認定分科会の観点から、(1.専門医 2.認定医 3.当該専門医・認定医の資格は保持していない)のうち該当する番号を記入すること。
「研修に関する役割等」欄は、プログラム責任者、指導歯科医の観点から、それぞれ(1.プログラム責任者 2.副プログラム責任者 3.いずれでもない)と、(1.指導歯科医 2.指導歯科医ではない)のうち該当する番号を記入すること。
「勤務状況」欄について、自施設で定めた歯科医師の勤務時間のすべてを勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算の対象とする非常勤歯科医師の場合には1を、それ以外の場合には2を選択すること。
常に勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算を行う歯科医師については、1週間あたり勤務する日数を記入すること。
「フォローアップ研修」欄のうち、「研修区分ごとの受講状況」欄について、それぞれ①は「歯科医師臨床研修制度（歯科医療提供体制等も含む）」、②は「歯科医師臨床研修のカリキュラム」、③は「歯科医師臨床研修の実際」、④は「医療安全・感染予防・医療倫理」、⑤は「労務管理」を指すこと。なお、①は2単位以上取得（受講完了）している場合に「○」を選択し、②から⑤は1単位以上取得（受講完了）している場合に「○」を選択すること。
また「受講年」欄は、「研修区分ごとの受講状況」欄の①から⑤のすべてで「○」を選択している場合に、最後に各区分で必要な単位を取得した年を記載すること。（①から⑤のすべてで「○」を選択していない場合は記載しないこと。）
欄が不足する場合は、適宜追加すること。

Table with columns: 番号, (フリガナ)氏名, 臨床経験年数, 指導歯科医講習会受講歴 (初回), プログラム責任者講習会受講の有無, 取得している専門医・認定医資格, 研修に関する役割等, 勤務状況, フォローアップ研修 (研修区分ごとの受講状況, 修了年).

臨床研修施設申請書（新規申請）（管理型臨床研修施設）

施設番号：	
施設名称：	

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

23	研修プログラムの名称			
24	研修プログラムの特色	※臨床研修の基本理念を踏まえ、本研修プログラムにはどのような特色があるか記入すること。		
25	臨床研修の目標	※本研修プログラムでは、臨床研修の修了時にどのようなことが達成されていることをめざすか記入すること。		
26	臨床研修の目標を達成するための研修内容等	症例数の数え方、考え方について ※1と2いずれにも該当する場合は3を選択し、その旨を以下の「その他の場合」欄に記載すること。 1. 初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする 2. 処置ごとに一症例とする 3. その他		
		その他の場合（具体的に記入すること）		
		歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（必要症例数）（合計）		例
		研修期間中に経験することを目標とする研修歯科医1人当たり症例数(目標症例数)（合計）		例
		協力型(II)臨床研修施設での研修分野・内容： ※協力型(II)臨床研修施設と共同して研修を行う場合に記入すること。	協力型(II)臨床研修施設が補完する臨床研修施設の区分 研修分野・内容：	
27	広域連携型プログラムへの該当有無	【1.有 0.無】		
28	プログラム責任者の氏名	プログラム責任者	(フリガナ)	
		副プログラム責任者	(フリガナ)	
29	研修期間	年		
	臨床研修施設ごとの研修期間 (※該当ある場合のみ記入すること)	臨床研修施設ごとの研修期間の内訳について、臨床研修施設ごとに記入すること。 ※臨床研修施設ごとの期間を合計して、研修期間と一致するように記入すること。		
		管理型臨床研修施設		か月
		協力型（I）臨床研修施設		か月
30	臨床研修施設群を構成する施設数（※該当ある場合のみ記入すること。）	協力型（I）臨床研修施設：合計		施設
		協力型（II）臨床研修施設：合計		施設
		研修協力施設：合計		施設
31	研修歯科医の指導体制	研修歯科医の指導体制について、プルダウンから選択すること。 「3. その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。 1. 指導歯科医の直接の指導をが中心 2. 指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする 3. その他		
		その他の場合（具体的に記入すること）		
32	募集定員	名		
33	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1. 公募 2. その他】	
		選考方法（複数選択可）	その他の場合（具体的に記入すること）	
		募集及び選考の時期	【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】	
		マッチング利用の有無	その他の場合（具体的に記入すること）	
		研修開始時期	募集時期	
		選考時期		頃から
		【1.有 0.無】		

34	研修歯科医の処遇	協力型（Ⅰ）臨床研修施設、協力型（Ⅱ）臨床研修施設、研修協力施設における処遇の適用		1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。							
	常勤・非常勤の別	【1.常勤 2.非常勤】									
	研修手当	基本手当（時給換算） 賞与/年		円/時間 円							
	その他手当	【1.有 0.無】 その他（具体的に）									
	勤務時間	基本的な勤務時間 その他（具体的に）		～							
	休暇	基本的な休暇 その他（具体的に）									
	時間外勤務	【1.有 0.無】									
	当直	【1.有 0.無】									
	研修歯科医の宿舎	【1.有 0.無】 有の場合 無の場合		戸 円							
	研修歯科医のための施設内の部屋	【1.有 0.無】									
	社会保険・労働保険	公的医療保険 公的年金保険 労働者災害補償保険法の適用 国家・地方公務員災害補償法の適用 雇用保険		【1.有 0.無】 【1.有 0.無】 【1.有 0.無】							
	健康管理	健康診断 その他（具体的に）		年 回							
	歯科医師賠償責任保険の扱い	医療機関において加入 個人加入		【1.する 0.しない】 【1.強制 0.任意】							
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加 学会、研究会等への参加費用支給		【1.可 0.否】 【1.有 0.無】							
	ハラスメント等の相談体制			【1.有 0.無】							
	35	研修歯科医の評価に関する事項	修了判定を行う項目								
			修了判定を行う基準								
	36	研修プログラムに関する問い合わせ先・資料請求先	〒 都道府県 所在地 担当部門 (フリガナ) 担当者氏名 役職 電話番号 E-mail ホームページ		http://						
37		協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設（相当大学病院）	施設区分	管理型が実施する各研修プログラムの募集定員の合計	施設の所在する都道府県	施設番号 ※新規申請中は空欄とすること。	施設名称	他の臨床研修施設が管理する研修プログラムへの参加の有無	臨床研修施設として 新規指定を伴う 指定取消を伴う		
		※臨床研修施設群を構成するすべての協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設について施設番号と臨床研修施設の名称を記入すること。	管理型 協力型(Ⅰ)	/							
		※協力型(Ⅰ)臨床研修施設の施設番号順に記入した後、協力型(Ⅱ)臨床研修施設の施設番号順に記入すること。									
		※欄が不足する場合は、適宜追加すること。									
38	研修協力施設の名称及び指導体制	施設番号 ※未採番の場合は空欄とすること。	施設名称	施設の種類の 1.医療機関 2.その他機関	研修歯科医の指導を行う者の氏名	研修歯科医の指導を行う者の担当分野					
	※すべての研修協力施設について施設番号順に、施設番号、施設名称、施設の種類の等を入力又はプルダウンから選択すること。										
	※欄が不足する場合は、適宜追加すること。										

以下は、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合に記入又はプルダウンから選択すること。

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

臨床研修施設申請書（新規申請）（協力型（Ⅰ）臨床研修施設）

申請年月日	
-------	--

施設番号（既取得施設のみ記入）	
同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択）	
施設名称（医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。）	

書類の作成責任者の氏名及び連絡先 <small>※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がしやすい方)の連絡先を記入すること。</small>	(フリガナ)	
	氏名	
	役職	
	連絡先電話番号	
	E-mail	

1	施設名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		(フリガナ) 名称		
2	施設の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		〒		
		都道府県		
		所在地		
	電話			
3	施設の開設者の氏名 (法人の場合は法人名)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		(フリガナ) 氏名		
4	施設の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		〒		
		都道府県		
		所在地		
	電話			
5	施設の開設年月	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		年	月	※3年以上の開設歴が必要。
6	施設の管理者の氏名	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		(フリガナ) 氏名		
7	施設のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報について、ウェブサイトのアドレスを記入すること。		
8	歯科医師の員数	当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「20 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。		
		常に勤務する歯科医師数	名	「22 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。
		うち常勤の指導歯科医数	名	「22 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。
9	歯科衛生士の員数	常勤換算	名	当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
10	看護師の員数	常勤換算	名	当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。
11	診療科名	医療法に基づき当該施設が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。		
		医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(○には数を入力)診療科あり」とすること)		
		他○(○には数を入力)診療科あり		
12	病床数	施設全体の病床数	床	医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。
		うち歯科病床数	床	歯科関連病床数を記入すること。
13	臨床研修の実施に必要な施設及び設備	歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。		
		歯科診療台		台
		ポータブルユニット		
		デンタルエックス線装置		
		パノラマ断層撮影装置		
		オートクレーブ		
		生体モニター		
		口腔内画像処理システム		※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。
		自動体外式除細動器（AED）		
		経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）		
		酸素ボンベ及び酸素マスク		
		血圧計		
		救急蘇生セット		
		歯科用吸引装置（口腔外）		台
臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。				

	医学・歯学図書又は雑誌	【1. 有 0. 無】	
	インターネット環境	【1. 有 0. 無】	

14	病歴管理体制	病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。				
		病歴管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)			
			氏名			
			役職			
診療録の保存期間				年間保存		
15	医療安全管理体制	医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。				
		医療安全管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)			
			氏名			
			職種(資格)			
		医療安全管理部門の設置状況	※病院は設置が必須。それ以外の施設は任意。			
			設置の有無	【1.有 0.無】		
				職員(専任、兼任の合計)		名
		医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。				
		医療に係る安全管理のための体制の確保	指針の策定状況	【1.有 0.無】		
			医療安全管理委員会の開催状況	※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能		
年				回		
職員研修の実施状況	※年2回程度の職員研修が必須					
	年		回			
院内感染対策のための体制の確保に係る措置	指針の策定状況	【1.有 0.無】				
	院内感染対策委員会の開催状況	※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能				
		年		回		
	従業者に対する研修の実施状況	※年2回程度の従業者に対する研修が必須				
年			回			
医療機関内におけるインシデント・アクシデント(事故報告)の報告体制に係る措置	報告体制の整備	【1.有 0.無】				
	具体的な方法					
16	患者からの相談に適切に応じる体制	患者相談窓口の設置状況(診療所の場合は意見箱等の設置でも可能)の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。				
		患者相談窓口の設置状況	【1.設置済 2.意見箱の設置 3.その他】			
			その他の場合(具体的に記入すること)			
			対応時間(24時間表記)		~	
患者相談窓口等に係る規約の有無	【1.有 0.無】					
17	外来患者延べ数(※前年度実績) 申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数(小数点第二位を四捨五入)とすること。	外来診療(訪問診療除く)		訪問診療		
		年間患者延べ数				
		年間診療実日数				
		1日平均患者延べ数				
		入院患者数(※前年度実績) 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。				
年間入院患者実数		歯科・歯科口腔外科				
18	研修関連記録の保存	研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。				
		保存方法		【1.文書 2.電子媒体 3.その他】		
		その他の場合(具体的に記入すること)				
保存期間				年間保存		

19 参加する研修プログラム

※自施設が参加する(管理する)すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。欄が不足する場合は、適宜追加すること。

番号	研修プログラム番号	研修プログラム名称	施設区分	自施設での研修期間 (〇ヶ月、〇週間など)	受け入れた研修歯科医数(前年度実績)(〇名)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

臨床研修施設申請書（新規申請）（協力型（Ⅰ）臨床研修施設）

施設番号：	
施設名称：	

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

21	参加する研修プログラムの名称				
	研修プログラム番号（研修プログラムを申請中の場合は空欄とすること）				
22	参加する研修プログラムにおける本施設の役割	※参加する研修プログラムにおける、本施設の役割を記入すること。			
23	参加する研修プログラムにおける本施設の特徴	※参加する研修プログラムにおける、本施設の特徴を記入すること。			
24	広域連携型プログラムへの該当有無	【1.有 0.無】			
25	研修実施責任者	(フリガナ) 氏名			
26	募集定員	名			
27	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1. 公募 2. その他】 その他の場合 (具体的に記入すること)		
		選考方法 (複数選択可)	【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】 その他の場合 (具体的に記入すること)		
		募集及び選考の時期	募集時期		頃から
			選考時期		頃から
		マッチング利用の有無	【1.有 0.無】		
		研修開始時期			
28	研修歯科医の処遇	処遇	1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。		
		「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。			
		常勤・非常勤の別	【1. 常勤 2. 非常勤】		
		研修手当	基本手当（時給換算）		円/時間
			賞与/年		円
		その他手当	【1.有 0.無】		
			その他（具体的に）		
		勤務時間	基本的な勤務時間	～	
			その他（具体的に）		
		休暇	基本的な休暇		
			その他（具体的に）		
		時間外勤務	【1.有 0.無】		
		当直	【1.有 0.無】		
		研修歯科医の宿舎	【1.有 0.無】		
			有の場合		戸
			無の場合	住宅手当/月	円
		研修歯科医のための施設内の部屋	【1.有 0.無】		
		社会保険・労働保険	公的医療保険		
公的年金保険					
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 0.無】				
健康管理	雇用保険	【1.有 0.無】			
	健康診断	年	回		
	その他（具体的に）				
歯科医師賠償責任保険の扱い	医療機関において加入	【1.する 0.しない】			
	個人加入	【1.強制 0.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	【1.有 0.無】			
ハラスメント等の相談体制	【1.有 0.無】				

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

臨床研修施設申請書（新規申請）（協力型（Ⅱ）臨床研修施設）

申請年月日	
-------	--

施設番号（既取得施設のみ記入）	
同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択）	
施設名称（医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。）	

書類の作成責任者の氏名及び連絡先 <small>※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がつかやすい方)の連絡先を記入すること。</small>	(フリガナ)	
	氏名	
	役職	
	連絡先電話番号	
	E-mail	

1	施設名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		(フリガナ)		
2	施設の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		〒		
		都道府県		
		所在地		
3	施設の開設者の氏名 (法人の場合は法人名)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		(フリガナ)		
		氏名		
4	施設の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		〒		
		都道府県		
		所在地		
5	施設の開設年月	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
			年	月
6	施設の管理者の氏名	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
		(フリガナ)		
7	施設のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報について、ウェブサイトのアドレスを記入すること。		
8	歯科医師の員数	当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「20 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。		
		常に勤務する歯科医師数	名	「22 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。
		うち常勤の指導歯科医数	名	「22 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。
9	歯科衛生士の員数	常勤換算	名	当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
10	看護師の員数	常勤換算	名	当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。
11	診療科名	医療法に基づき当該施設が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。		
				他○(○)には数を入力)診療科あり
12	病床数	施設全体の病床数	床	医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。
		うち歯科病床数	床	歯科関連病床数を記入すること。
13	臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備	歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。		
		歯科診療台		台
		ポータブルユニット		
		デンタルエックス線装置		
		パノラマ断層撮影装置		
		オートクレーブ		
		生体モニター		
		口腔内画像処理システム		※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。
		自動体外式除細動器（AED）		
		経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）		
		酸素ボンベ及び酸素マスク		
		血圧計		
		救急蘇生セット		
歯科用吸引装置（口腔外）		台		
臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。				
医学・歯学図書又は雑誌	【1. 有 0. 無】			
インターネット環境	【1. 有 0. 無】			

14	病歴管理体制	病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。			
		病歴管理者の氏名及び 職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)		
			氏名		
			役職		
	診療録の保存期間		年間保存		
15	医療安全管理体制	医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。			
		医療安全管理者の氏名及び 役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)		
			氏名		
			職種 (資格)		
		医療安全管理部門の設置 状況	※病院は設置が必須。それ以外の施設は任意。		
			設置の有無	【1.有 0.無】	
			職員 (専任、兼任の合計)		名
		医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。			
		医療に係る安全管理のた めの体制の確保	指針の策定状況	【1.有 0.無】	
			医療安全管理委員会の 開催状況	※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能 年 回	
			職員研修の実施状況	※年2回程度の職員研修が必須 年 回	
		院内感染対策のための体 制の確保に係る措置	指針の策定状況	【1.有 0.無】	
院内感染対策委員会の 開催状況	※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能 年 回				
従業者に対する研修の 実施状況	※年2回程度の従業者に対する研修が必須 年 回				
医療機関内におけるインシ デント・アクシデント (事 故報告) の報告体制に係る 措置	報告体制の整備	【1.有 0.無】			
	具体的な方法				
16	患者からの相談に適切 に応じる体制	患者相談窓口の設置状況 (診療所の場合は意見箱等の設置でも可能) の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。			
		患者相談窓口の設置状況	【1. 設置済 2. 意見箱の設置 3. その他】		
			その他の場合 (具体的 に記入すること)		
			対応時間 (24時間表記)	~	
	患者相談窓口等に係る 規約の有無	【1.有 0.無】			
17	外来患者延べ数 (※前年度実績) 申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数 (小数点第二位を四捨五入) とすること。	外来診療 (訪問診療除く)		訪問診療	
		年間患者延べ数			
		年間診療実日数			
		1日平均患者延べ数			
		入院患者数 (※前年度実績) 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。			
	年間入院患者実数	歯科・歯科口腔外科			
18	研修関連記録の保存	研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。			
		保存方法	【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】		
			その他の場合 (具体的に記入すること)		
	保存期間		年間保存		

19 参加する研修プログラム

※自施設が参加する (管理する) すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。欄が不足する場合は、適宜追加すること。

	研修プログラム番号	研修プログラム名称	施設区分	自施設での研修期間 (○ヶ月、○週間な ど)	受け入れた研修歯 科医数 (前年度実 績) (○名)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

臨床研修施設申請書（新規申請）（協力型（Ⅱ）臨床研修施設）

施設番号：	
施設名称：	

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

21	参加する研修プログラムの名称			
	研修プログラム番号（研修プログラムを申請中の場合は空欄とすること）			
22	参加する研修プログラムにおける本施設の役割	※参加する研修プログラムにおける、本施設の役割を記入すること。		
23	参加する研修プログラムにおける本施設の特徴	※参加する研修プログラムにおける、本施設の特徴を記入すること。		
24	広域連携型プログラムへの該当有無	【1.有 0.無】		
25	研修実施責任者	(フリガナ)		
		氏名		
26	募集定員	名		
27	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1. 公募 2. その他】	
		その他の場合 (具体的に記入すること)		
	選考方法 (複数選択可)	【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】		
	その他の場合 (具体的に記入すること)			
	募集及び選考の時期	募集時期		頃から
		選考時期		頃から
	マッチング利用の有無	【1.有 0.無】		
	研修開始時期			
28	研修歯科医の処遇	処遇	1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。	
		「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。		
	常勤・非常勤の別	【1. 常勤 2. 非常勤】		
	研修手当	基本手当（時給換算）		円/時間
		賞与/年		円
	その他手当	【1.有 0.無】		
		その他（具体的に）		
	勤務時間	基本的な勤務時間		～
		その他（具体的に）		
	休暇	基本的な休暇		
		その他（具体的に）		
	時間外勤務	【1.有 0.無】		
	当直	【1.有 0.無】		
	研修歯科医の宿舍	【1.有 0.無】		
		有の場合		戸
		無の場合	住宅手当/月	円
	研修歯科医のための施設内の部屋	【1.有 0.無】		
社会保険・労働保険	公的医療保険			
	公的年金保険			
	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 0.無】		
	雇用保険	【1.有 0.無】		
健康管理	健康診断	年	回	
	その他（具体的に）			
歯科医師賠償責任保険の扱い	医療機関において加入	【1.する 0.しない】		
	個人加入	【1.強制 0.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	【1.有 0.無】		
	ハラスメント等の相談体制	【1.有 0.無】		

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

研修協力施設概況表

申請年月日	
-------	--

施設番号（既取得施設のみ記入）	
施設名称（医療機関は、医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。）	

書類の作成責任者の氏名及び連絡先 ※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がしやすい方)の連絡先を記入すること。	(フリガナ)	
	氏名	
	役職	
	連絡先電話番号	
	E-mail	

※医療機関でない研修協力施設は1～7のみ記入すること。

1 施設名称	医療機関は、医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	(フリガナ)		
2 施設の所在地	名称		
	医療機関は、医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	〒		
	都道府県		
3 施設の開設者の氏名 (法人の場合は法人名)	所在地		
	電話		
	医療機関は、医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	(フリガナ)		
4 施設の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	氏名		
	医療機関は、医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	〒		
	都道府県		
5 施設の管理者の氏名	所在地		
	電話		
	医療機関は、医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。		
	(フリガナ)		
6 研修実施責任者	氏名		
	(フリガナ)		
7 施設のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報について、ウェブサイトのアドレスを記入すること。		
8 歯科医師の員数	当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「22 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。		
	常に勤務する歯科医師数	名	「22 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。
	うち常勤の指導歯科医数	名	「22 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。
9 診療科名	医療法に基づき当該施設が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。		
	医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(○には数を入力)診療科あり」とすること)		
			他○(○には数を入力)診療科あり
10 病床数	施設全体の病床数	床	医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。
	うち歯科病床数	床	歯科関連病床数を記入すること。
11 歯科設備状況	歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。		
	歯科診療台		台
	ポータブルユニット		
	デンタルエックス線装置		
	パノラマ断層撮影装置		
	オートクレーブ		
	生体モニター		
	口腔内画像処理システム		※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。
	自動体外式除細動器（AED）		
	経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）		
	酸素ボンベ及び酸素マスク		
	血圧計		
	救急蘇生セット		
	歯科用吸引装置（口腔外）		台
臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。			
医学・歯学図書又は雑誌	【1. 有 0. 無】		
インターネット環境	【1. 有 0. 無】		

12	医療安全管理体制	医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。			
		医療安全管理者の氏名及び 役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。	(フリガナ)		
			氏名		
		医療安全管理部門の設置 状況	職種 (資格)		
			設置の有無	【1.有 0.無】	
		医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。	職員 (専任、兼任の合計)		名
			医療に係る安全管理のための体制の確保	指針の策定状況	【1.有 0.無】
		医療安全管理委員会の開催状況		※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能	
		職員研修の実施状況		※年2回程度の職員研修が必須	
		院内感染対策のための体制の確保に係る措置	指針の策定状況	【1.有 0.無】	
			院内感染対策委員会の開催状況	※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能	
			従業者に対する研修の実施状況	※年2回程度の従業者に対する研修が必須	
医療機関内におけるインシデント・アクシデント (事故報告)の報告体制に係る措置	報告体制の整備	【1.有 0.無】			
	具体的な方法				
13	外来患者延べ数 (※前年度実績) 申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数 (小数点第二位を四捨五入) とすること。				
		外来診療 (訪問診療除く)	訪問診療		
	年間患者延べ数				
	年間診療実日数				
	1日平均患者延べ数				
	入院患者数 (※前年度実績) 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。				
	年間入院患者実数	歯科・歯科口腔外科			

届出年月日	
-------	--

施設番号	
臨床研修施設等名	
開設者	

臨床研修施設等変更届出書

歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令(平成17年厚生労働省令第103号)第8条の規定に基づき、臨床研修の実施について、以下のとおり変更が生じたので届け出ます。

変更があった事項		変更前	変更後
(ア)	開設者の氏名・住所		
(イ)	管理者の氏名		
(ウ)	施設名称・所在地		
(エ)	診療科名		
(オ)	病床の種別ごとの 病床数		
(カ)	研修管理委員会の 構成員		
(キ)	プログラム責任者		
(ク)	指導歯科医の氏名		
(ケ)	研修歯科医の処遇 に関する事項		

- (注) 1 必要がある場合には、続紙(様式自由、一覧表でも可)に記載して添付すること。
- 2 「変更前」及び「変更後」欄には、変更のあった事項に関して、変更前と変更後を区別して記入すること。
- 3 (エ)から(カ)及び(ク)から(ケ)に掲げる事項に係る変更については、指定基準に適合しなくなった場合を除き、年次報告の際に併せて届け出ること。
- 4 研修協力施設は(ア)から(オ)及び(ク)から(ケ)に掲げる事項に変更があった場合に、年次報告の際に併せて届け出ること。なお、(ク)欄は「研修歯科医の指導を行う者の氏名及びその担当分野」と読み替えるものとする。

研修管理委員会の構成員の氏名等				
研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。 ※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。 ※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する施設の名称、役職を記入すること。 ※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については空欄で差し支えない。 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。				
	氏 名	所 属	役 職	備 考
19	フリガナ 氏名			研修管理委員長
1	フリガナ 氏名			
2	フリガナ 氏名			
3	フリガナ 氏名			
4	フリガナ 氏名			
5	フリガナ 氏名			
6	フリガナ 氏名			
7	フリガナ 氏名			
8	フリガナ 氏名			
9	フリガナ 氏名			
10	フリガナ 氏名			
11	フリガナ 氏名			
12	フリガナ 氏名			
13	フリガナ 氏名			
14	フリガナ 氏名			
15	フリガナ 氏名			
16	フリガナ 氏名			
17	フリガナ 氏名			
18	フリガナ 氏名			
19	フリガナ 氏名			
20	フリガナ 氏名			

研修プログラム追加・変更届出書（管理型臨床研修施設）

届出年月日

施設番号：

施設名称：

書類の作成責任者の氏名及び連絡先 ※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がしやすい方)の連絡先を記入すること。		(フリガナ)			研修プログラムの 変更の場合、変更 を行う項目に○を 付けてください。
		氏名			
		役職			
		連絡先電話番号			
		E-mail			
1	施設名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 (フリガナ) 名称			
2	施設の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 〒 都道府県 所在地			
3	歯科医師の員数	当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「22 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。			「21 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。 「21 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。
		常に勤務する歯科医師数		名	
		うち常勤の指導歯科医数		名	
4	歯科衛生士の員数	常勤換算		名	当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
5	看護師の員数	常勤換算		名	当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。
6	研修プログラムの名称				
	研修プログラム番号（プログラム変更の場合のみ記入すること）				
7	研修プログラムの特色 ※臨床研修の基本理念を踏まえ、本研修プログラムにはどのような特色があるか記入すること。				
8	臨床研修の目標 ※本研修プログラムでは、臨床研修の修了時にどのようなことが達成されていることをめざすのか記入すること。				
9	臨床研修の目標を達成するための研修内容等	症例数の数え方、考え方について ※1と2いずれにも該当する場合は3を選択し、その旨を以下の「その他の場合」欄に記載すること。			
		1. 初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする 2. 処置ごとに一症例とする 3. その他			
		その他の場合（具体的に記入すること）			
		歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（必要症例数）（合計）			例
		研修期間中に経験することを目標とする研修歯科医1人当たり症例数(目標症例数)（合計）			例
協力型(II)臨床研修施設での研修分野・内容： ※協力型(II)臨床研修施設と共同して研修を行う場合に記入すること		協力型(II)が補完する臨床研修施設の区分 研修分野・内容：			
10	広域連携型プログラムへの該当有無	【1.有 0.無】			
11	プログラム責任者の氏名	プログラム責任者		(フリガナ)	
				氏名	
		副プログラム責任者		(フリガナ)	
				氏名	
12	研修期間	研修期間			年
		臨床研修施設ごとの研修期間 (※該当する場合のみ記入すること)		臨床研修施設ごとの研修期間の内訳について、臨床研修施設ごとに記入すること。 ※臨床研修施設ごとの期間を合計して、研修期間と一致するように記入すること。	
		管理型臨床研修施設			か月
		協力型(Ⅰ)臨床研修施設			か月
		協力型(Ⅱ)臨床研修施設			日
13	臨床研修施設群を構成する施設数 (※該当する場合のみ記入すること)	協力型(Ⅰ)臨床研修施設：合計			施設
		協力型(Ⅱ)臨床研修施設：合計			施設
		研修協力施設：合計			施設
14	研修歯科医の評価に関する事項	修了判定を行う項目			
		修了判定を行う基準			
15	研修歯科医の指導体制	研修歯科医の指導体制について、ブルダウンから選択すること。 「3. その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。			
		1. 指導歯科医の直接の指導を中心とする 2. 指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする 3. その他			
		その他の場合（具体的に記入すること）			

研修管理委員会の構成員の氏名等				
研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。 ※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。 ※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する施設の名称、役職を記入すること。 ※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については空欄で差し支えない。 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。				
	氏 名	所 属	役 職	備 考
1	フリガナ 氏名			研修管理委員長
2	フリガナ 氏名			
3	フリガナ 氏名			
4	フリガナ 氏名			
5	フリガナ 氏名			
6	フリガナ 氏名			
7	フリガナ 氏名			
8	フリガナ 氏名			
9	フリガナ 氏名			
10	フリガナ 氏名			
11	フリガナ 氏名			
12	フリガナ 氏名			
13	フリガナ 氏名			
14	フリガナ 氏名			
15	フリガナ 氏名			
16	フリガナ 氏名			
17	フリガナ 氏名			
18	フリガナ 氏名			
19	フリガナ 氏名			
20	フリガナ 氏名			

研修プログラム追加・変更届出書（協力型（Ⅰ）臨床研修施設・協力型（Ⅱ）臨床研修施設）

届出年月日	
施設番号：	
施設区分：	
施設名称：	

書類の作成責任者の氏名及び連絡先 ※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者（連絡が付きやすい方）の連絡先を記入すること。		(フリガナ)				研修プログラムの変更の場合、変更を行う項目に○を付けてください。
		氏名				
		役職				
		連絡先電話番号				
		E-mail				
1	施設名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 (フリガナ) 名称				
2	施設の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 〒 都道府県 所在地				
3	歯科医師の員数	当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「20 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。		名		「20 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。
		常に勤務する歯科医師数		名		
4	歯科衛生士の員数	常勤換算		名		当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
5	看護師の員数	常勤換算		名		当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。
6	研修プログラムの名称 研修プログラム番号（プログラム変更の場合のみ記入すること）					
7	参加する研修プログラムにおける本施設の役割		※参加するプログラムにおける、本施設の役割を記入すること。			
8	参加する研修プログラムにおける本施設の特徴		※参加するプログラムにおける、本施設の特徴を記入すること。			
9	広域連携型プログラムへの該当有無		【1.有 0.無】			
10	研修実施責任者	(フリガナ)				
		氏名				
11	募集定員					名
12	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1. 公募 2. その他】 その他の場合（具体的に記入すること）			
		選考方法 (複数選択可)	【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】 その他の場合（具体的に記入すること）			
		募集及び選考の時期	募集時期			頃から
		マッチング利用の有無	選考時期			頃から
		研修開始時期	【1.有 0.無】			
13	研修歯科医の処遇	処遇	【1. 管理型と同一の処遇とする。2. 独自の処遇とする。】 「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。			
		常勤・非常勤の別	【1.常勤 2.非常勤】			
		研修手当	基本手当（時給換算）			円/時間
			賞与/年			円
		その他手当	【1.有 0.無】 その他（具体的に）			
		勤務時間	基本的な勤務時間		～	
			その他（具体的に）			
		休暇	基本的な休暇			
			その他（具体的に）			
		時間外勤務	【1.有 0.無】			
		当直	【1.有 0.無】			
		研修歯科医の宿舎	【1.有 0.無】			
			有の場合			戸
			無の場合	住宅手当/月		円
			研修歯科医のための施設内の部屋	【1.有 0.無】		
14	臨床研修施設群について	他の臨床研修施設群方式の研修プログラムへの参加の有無				【1.有 0.無】
		参加する研修プログラムの臨床研修施設群に新たに加わる				
		※臨床研修施設群に新たに協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設が加わる場合で、当該病院又は診療所がそれぞれの施設区分の臨床研修施設でない場合、臨床研修施設として新規指定の手続きが必要である。				

申請年月日	
施設番号	
臨床研修施設名	
開設者	
開設者の住所	

臨床研修施設指定取消申請書

歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令(平成17年厚生労働省令第103号)第15条の規定に基づき、以下のとおり臨床研修施設の指定の取消しを申請いたします。

臨床研修施設名		
指定の取消しを受けようとする理由(いずれかに○をつけること。「その他」の場合は、(その他の理由)欄に具体的に記入すること。)(複数選択可)		
	臨床研修施設として指定基準を満たせなくなったため(指導歯科医の退職等)	
	3年以上研修歯科医の受け入れ実績がないため	
	すべての臨床研修施設群から外れるため	
	その他	
(その他の理由)		
指定の取消しを受けようとする期日		
指定の取消しを受けようとする臨床研修施設の区分		
現に臨床研修を受けている研修歯科医がいるとき:		
研修歯科医数		名 ※該当者がいない場合は「0」と入力すること
上記の研修歯科医に対する措置		
臨床研修を受ける予定の者がいるとき:		
予定の者の数		名 ※該当者がいない場合は「0」と入力すること
上記の者に対する措置		
指定の取消しに伴い廃止する研修プログラムがある場合は以下に記入すること。		
研修プログラム番号	研修プログラムの名称	

(注)1 「上記の研修歯科医に対する措置」欄については、引継ぎを行う臨床研修施設や研修歯科医の処遇等について可能な限り具体的に記入すること。

2 必要がある場合には、続紙(様式自由)に記載して添付すること。

届出年月日	
施設番号	
臨床研修施設名	

研修プログラム廃止届出書

歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令(平成17年厚生労働省令第103号)第9条の規定に基づき、以下のとおり研修プログラムの廃止を届出いたします。

研修プログラム番号	
研修プログラムの名称	
研修プログラムを廃止しようとする理由	
研修プログラムの廃止をしようとする期日	

臨床研修施設群について

(臨床研修施設群方式の場合は以下に記入すること。臨床研修施設の指定の取消しについて該当する場合プルダウンから選択すること。)

研修施設番号	臨床研修施設の名称	臨床研修施設の指定の取消しを伴う

(注) 必要がある場合には、続紙(様式自由)に記載して添付すること。

年次報告書

報告年月日

施設番号	
施設区分（区分を選択）	
施設名称（医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。）	

※以下「前年度実績」などの規定が特段ない項目については、報告年度の4月1日時点の情報を記載すること。

書類の作成責任者の氏名及び連絡先 ※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がつかや すい方)の連絡先を記入すること。	(フリガナ)	
	氏名	
	役職	
	連絡先電話番号	
	E-mail	

※医療機関でない研修協力施設は1～6のみ記入すること。

1	施設名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 (フリガナ)		
		名称		
2	施設の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 〒		
		都道府県		
		所在地		
		電話		
3	施設の開設者の氏名 (法人の場合は法人名)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 (フリガナ)		
		氏名		
4	施設の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 〒		
		都道府県		
		所在地		
		電話		
5	施設の管理者の氏名	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 (フリガナ)		
		氏名		
6	施設のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報について、ウェブサイトのアドレスを記入すること。		
7	歯科医師の員数	当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「17 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。		
		常に勤務する歯科医師 数	名	「22 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。
		うち常勤の指導歯科医 数	名	「22 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。
8	歯科衛生士の員数	常勤換算	名	当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
9	看護師の員数	常勤換算	名	当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。
10	診療科名	医療法に基づき当該施設が標榜する診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。		
11	病床数	施設全体の病床数	床	医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。
		うち歯科病床数	床	歯科関連病床数を記入すること。
12	歯科設備状況	歯科診療台については台数を記入すること。ポータブルユニットについてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。		
		歯科診療台		台
		ポータブルユニット		
13	外来患者延べ数（※前年度実績） 申請年度の前年度中に来院した外来患者数延べ数をもととすること。 「1日平均延べ患者数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数（少数第二位を四捨五入）とすること。	外来診療（訪問診療除く）		訪問診療
		年間患者延べ数		
		年間診療実日数		
		1日平均患者延べ数		
	入院患者数（※前年度実績） 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。	歯科・歯科口腔外科		
	年間入院患者実数			

※14,15,16については、単独型臨床研修施設又は管理型臨床研修施設のみ記入すること。

研修管理委員会について					
14	研修管理委員会の議事内容等の記録・保管	保存方法	【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】		
		保存期間	その他の場合（具体的に記入すること）		
	研修管理委員会の開催状況	年	回	年間保存	
	研修管理委員会の出席率（前年度実績）	年間平均	%	委任状出席を認めている場合は、委任状出席を含んだ出席状況とすること。	
15	研修管理委員会の構成員の氏名等 研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。 ※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。 ※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する施設の名称、役職を記入すること。 ※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については空欄で差し支えない。 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。				
	氏名	所属	役職	備考	
1	フリガナ 氏名			研修管理委員長	
2	フリガナ 氏名				
3	フリガナ 氏名				
4	フリガナ 氏名				
5	フリガナ 氏名				
6	フリガナ 氏名				
7	フリガナ 氏名				
8	フリガナ 氏名				
9	フリガナ 氏名				
10	フリガナ 氏名				
11	フリガナ 氏名				
12	フリガナ 氏名				
13	フリガナ 氏名				
14	フリガナ 氏名				
15	フリガナ 氏名				
16	フリガナ 氏名				
17	フリガナ 氏名				
18	フリガナ 氏名				
19	フリガナ 氏名				
20	フリガナ 氏名				

16 管理する研修プログラム

※自施設が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。（自施設が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。） 欄が不足する場合は、適宜追加すること。

研修プログラム番号	研修プログラム名称	施設区分	自施設での研修期間 （〇ヶ月、〇週間など）	受け入れた研修歯科 医数（※前年度実績）（〇名）
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

年次報告書

施設番号：	
施設名称：	

※以下からは単独型臨床研修施設又は管理型臨床研修施設の年次報告をする場合、研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

18	研修プログラムの名称				
	研修プログラム番号				
19	臨床研修の目標を達成するための研修内容等	症例数の数え方、考え方について ※1と2いずれにも該当する場合は3を選択し、その旨を以下の「その他の場合」欄に記載すること。 1. 初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする 2. 処置ごとに一症例とする 3. その他			
	その他の場合（具体的に記入すること）				
	歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（必要症例数）（合計）			例	
	研修期間中に経験することを目標とする研修歯科医1人当たり症例数(目標症例数)（合計）			例	
	協力型(II)臨床研修施設での研修分野・内容	※協力型(II)臨床研修施設と共同して研修を行う場合に記入すること			
		協力型(II)臨床研修施設が補完する臨床研修施設の区分			
		研修分野・内容：			
	訪問歯科診療に関する研修の実施の有無	【1.有 0.無】			
病院歯科（大学病院含む）と歯科診療所の連携に関する研修の実施の有無	【1.有 0.無】				
20	研修プログラムの概要	自研修プログラムの区分	【1.単独方式 2.臨床研修施設群方式】		
		広域連携型プログラムへの該当有無	【1.有 0.無】		
	研修期間	臨床研修施設ごとの研修期間 ※管理型プログラムの場合記載すること。	臨床研修施設ごとの研修期間の内訳について、臨床研修施設ごとに記入すること。 ※臨床研修施設ごとの期間を合計して、研修期間と一致するように記入すること。		
			管理型臨床研修施設	年	
			協力型（I）臨床研修施設	か月	
			協力型（II）臨床研修施設	日	
21	研修プログラムの実績	当該研修プログラムを修了した研修歯科医数（※前年度実績）			
	実際に研修歯科医を受け入れた施設数（※前年度実績）	協力型（I）		施設	
		協力型（II）		施設	
		研修協力施設		施設	
	研修プログラム開始前の採用予定者数（※今年度）				
	現に受け入れている研修歯科医の数（※今年度開始時点）				
	研修歯科医1人あたりの平均症例数（※前年度実績）				
目標症例数を達成した研修歯科医の割合（※前年度実績）					
22	プログラム責任者の氏名	プログラム責任者	（フリガナ）		
		氏名			
	副プログラム責任者	（フリガナ）			
		氏名			
23	研修歯科医の指導体制	研修歯科医の指導体制について、プルダウンから選択すること。 「3. その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。			
		研修歯科医の指導体制について、選択し、その他具体的に記入すること。 1. 指導歯科医の直接の指導が中心 2. 指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする 3. その他			
	その他の場合（具体的に記入すること）				
	24	研修歯科医の募集及び採用の方法 ※次年度の研修歯科医の募集定員並びに募集及び採用の方法について記載すること。	募集定員		名
募集方法			【1. 公募 2. その他】		
選考方法 （複数選択可）			その他の場合（具体的に記入すること）		
募集及び選考の時期			募集時期		頃から
			選考時期		頃から
マッチング利用の有無			【1.有 0.無】		

年次報告書

施設番号：	
施設名称：	

※以下からは協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設の年次報告をする場合、研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

18	参加する研修プログラムの名称			
	研修プログラム番号			
19	参加するプログラムにおける本施設の役割	※参加する研修プログラムにおける、本施設の役割を記入すること。		
20	参加する研修プログラムにおける本施設の特徴	※参加する研修プログラムにおける、本施設の特徴を記入すること。		
21	広域連携型プログラムへの該当有無	【1.有 0.無】		
22	研修実施責任者の氏名	(フリガナ)		
		氏名		
23	募集定員	名		
24	研修歯科医の募集及び採用の方法	募集方法	【1. 公募 2. その他】	
			その他の場合（具体的に記入すること）	
	選考方法 (複数選択可)	【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】		
		その他の場合（具体的に記入すること）		
	募集及び選考の時期	募集時期		頃から
		選考時期		頃から
	マッチング利用の有無	【1.有 0.無】		
25	研修歯科医の処遇	協力型(Ⅰ)・協力型(Ⅱ)・研修協力施設における処遇の適用	1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。	
		「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。		
	常勤・非常勤の別	【1. 常勤 2. 非常勤】		
	研修手当	基本手当（時給換算）		円/時間
		賞与/年		円
	その他手当	【1.有 0.無】		
		その他（具体的に）		
	勤務時間	基本的な勤務時間	～	
		その他（具体的に）		
	休暇	基本的な休暇		
		その他（具体的に）		
	時間外勤務	【1.有 0.無】		
	当直	【1.有 0.無】		
	研修歯科医の宿舎	【1.有 0.無】		
		有の場合		戸
		無の場合	住宅手当/月	円
	研修歯科医のための施設内の部屋	【1.有 0.無】		
	社会保険・労働保険	公的医療保険		
		公的年金保険		
		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 0.無】		
	雇用保険	【1.有 0.無】		
健康管理	健康診断	年	回	
	その他（具体的に）			
歯科医師賠償責任保険の扱い	医療機関において加入	【1.する 0.しない】		
	個人加入	【1.強制 0.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	【1.有 0.無】		
ハラスメント等の相談体制		【1.有 0.無】		

26 参加する研修プログラム

※自施設が参加する（管理する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。欄が不足する場合は、適宜追加すること。

番号	管理型臨床研修施設（管理型相当大学病院）の名称	研修プログラム番号	研修プログラム名称	施設区分
1				
2				
3				
4				
5				

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

臨床研修中断証

ふりがな				生年月日	昭和 平成	年	月	日	
研修歯科医の氏名		(旧姓※1)							
歯科医籍 登録番号	第			号	平成 令和	年	月	日	
中断した臨床研修に係る 研修プログラム番号及び名称		研修プログラム番号		研修プログラムの名称					
臨床研修を行っ た 臨床研修施設等 の 名 称		臨床研修施設							
		研修協力施設							
研修開始 年 月 日	平成 令和	年	月	日	研修中断 年 月 日	平成 令和	年	月	日
					(休止期間)				
臨床研修を中断した理由 (※2) :									
臨床研修を中断した時までの臨床研修の内容 (※2) :									
中断した時までの研修内容における当該研修歯科医の評価 (※2) :									

※1 当欄に旧姓を併記することが可能であるが、旧姓のふりがなの記載は不要。

※2 適宜、研修内容やその評価が分かるような資料（指導歯科医による研修歯科医の評価表など）を添付すること。

上の者は、研修プログラムのうち中断時までの内容について履修したことを証明する。

令和 年 月 日

○ ○ 病院 院 長 ○ ○ ○ ○

○○病院研修管理委員会委員長 ○ ○ ○

臨床研修中断報告書

ふりがな		性別						
研修歯科医の氏名		男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	(旧姓※)							
歯科医籍登録番号	第	号	歯科医籍登録年月日	平成・令和	年	月	日	
中断を認めた理由：								
中断を認めた理由について通知本文の以下の規定のうち該当する〔〕内の番号を○で囲むこと								
通知本文第2の18 (1) イ (7) [①・②・③]								
(1) [①・②・③]								
中断までの経緯：								
中断後の進路（見込のときは、「見込」と記入すること）：								
特記事項（今回中止した研修プログラム以前に中止した研修プログラムのある場合は、その名称と番号を記入）：								

※ 当欄に旧姓を併記することが可能であるが、旧姓のふりがなの記載は不要。

上の者は、当院における臨床研修を中断したことを報告する。

令和 年 月 日

○ ○ 病院 院長 ○ ○ ○ ○

○ ○ 病院研修管理委員会委員長

臨床研修の再開（の受け入れ）に係る履修計画表

ふりがな				生年月日		平成・令和	年	月	日
研修歯科医の氏名		(旧姓※)							
歯科医籍登録番号	第	号		歯科医籍登録年月日	平成・令和	年	月	日	
中断した臨床研修を行った施設の名称									
中断した臨床研修に係る研修プログラム番号及び名称		研修プログラム番号		研修プログラムの名称					
臨床研修の再開後に履修する研修プログラム番号および名称		研修プログラム番号		研修プログラムの名称					
研修再開年月日	令和	年	月	日	研修修了予定年月日	令和	年	月	日
休止期間									日
臨床研修を行う分野		研修項目ごとの施設（研修分野ごとの研修期間） ※再開後、修了までに必要となる研修分野の履修計画を記入してください。							
		施設番号	施設の名称			研修期間			
						年 月～ 年 月（ 月）			
						年 月～ 年 月（ 月）			
						年 月～ 年 月（ 月）			
						年 月～ 年 月（ 月）			
						年 月～ 年 月（ 月）			
						年 月～ 年 月（ 月）			
						年 月～ 年 月（ 月）			
						年 月～ 年 月（ 月）			

※1 当欄に旧姓を併記することが可能であるが、旧姓のふりがなの記載は不要。
 ※2 より詳細な履修内容が分かるような資料があれば添付すること。

上の者は、当院において上記履修計画により臨床研修を再開することを報告する。
 また、上記再開によっても必要な症例は確保されるものである。

令和 年 月 日

〇〇 病院 院長 〇〇 〇〇

〇〇病院研修管理委員会委員長

臨床研修修了証

ふりがな										
研修歯科医の氏名	(旧姓※1)									
生年月日	昭和・平成	年	月	日						
歯科医籍登録番号	第									号
歯科医籍登録年月日	平成・令和	年	月	日						
修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称	研修プログラム番号					研修プログラムの名称				
研修開始年月日	平成・令和	年	月	日	開始					
研修修了年月日	平成・令和	年	月	日	修了					
臨床研修を行った臨床研修施設の施設番号及び名称	単独型／管理型臨床研修施設									
	施設番号					臨床研修施設の名称				
	協力型（Ⅰ）／協力型（Ⅱ）臨床研修施設（※該当ある場合）									
	施設番号					臨床研修施設の名称				
研修協力施設で研修を行った場合にはその施設番号及び名称										

※1 当欄に旧姓を併記することが可能であるが、旧姓のふりがなの記載は不要。

※2 研修中断により複数の研修プログラムを履修した場合には、修了認定を行った以外の研修プログラム及び当該研修プログラムを履修した施設の名称について、別紙に記載すること。

上の者は、〇〇病院歯科医師臨床研修プログラムの課程を修了したことを認定する。

令和 年 月 日

〇〇病院 院長 〇〇 〇〇

〇〇病院研修管理委員会委員長

臨床研修修了証

ふりがな	○○○ ○○○	
研修歯科医の氏名	○ ○ ○ ○	
生年月日	昭和 平成	5年6月14日
歯科医籍登録	※ 歯科医籍に登録された日 付けを記入してください。 (歯科医師国家試験合格日 ではありません)	987654 号
歯科医籍登録		3年 4月 16日
修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称	研修プログラム番号	研修プログラムの名称
	059090101	○○病院歯科医師臨床研修プログラム
研修開始年月日	平成 2年	4月1日 開始
研修修了年月日		3月31日 修了
臨床研修を行った 臨床研修施設の 施設番号及び名称	単独型／管理型臨床研修施設	
	施設番号	臨床研修施設の名称
	059090	医療法人○○会 ○○病院
	協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設（※該当ある場合）	
	施設番号	臨床研修施設の名称
	2	医療法人○○会 ○○歯科・小児歯科クリニック
研修協力施設で研修を行った場合にはその施設番号及び名称	(059905)○○保健所, (059915)○○福祉センター	

※研修中断により複数のプログラムを履修した場合は、修了認定を行ったプログラム及び履修した施設の日付について、別紙に記載すること。

上の者は、○○病院歯科医師臨床研修プログラムの課程を修了したことを認定する。

令和4年3月31日

○○病院 院長
○ ○ ○ ○

○○病院研修管理委員会委員長
○ ○ ○ ○

【修了証作成上の注意】

① 文字のサイズ、セル内の配置等については、適宜調整して作成してください。

② 協力型（Ⅰ）／協力型（Ⅱ）臨床研修施設の名称を記載する欄は、該当する施設のない部分は「斜線」を引いてください。

研修協力施設のない場合には、研修協力施設の名称を記入する欄に「斜線」を引いてください。

※ 例えば、単独型のプログラムで研修協力施設のない場合の記載は以下のようしてください。

臨床研修を行った 臨床研修施設の 施設番号及び名称	単独型/管理型臨床研修施設										
	施設番号						臨床研修施設の名称				
	0	5	9	0	9	0	医療法人〇〇会 〇〇病院				
	協力型（Ⅰ）／協力型（Ⅱ）臨床研修施設（※該当ある場合）										
	施設番号						臨床研修施設の名称				
							斜線				
研修協力施設で研修を行った場合にはその施設番号及び名称											
斜線											

提出年月日

臨床研修修了者一覧表

施設番号		単独型・管理型 臨床研修施設の名称	
------	--	----------------------	--

	研修プログラム 番号	研修歯科医の氏名 (旧姓の併記可)	生年月日	歯科医籍 登録番号	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

※複数の研修プログラムを有する臨床研修施設にあっては、研修プログラムごとに臨床研修修了証を交付した研修歯科医の氏名等をまとめて記載すること。

※生年月日は和暦で記載すること。

※欄が足りない場合は、同様の表を追加すること。

臨床研修未修了理由書

ふりがな				生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	
研修歯科医の氏名		(旧姓※1)							
歯科医籍 登録番号	第	号		歯科医籍 登録年月日	平成 ・ 令和	年	月	日	
未修了の臨床研修に係る 研修プログラム番号及び名称			研修プログラム番号	研修プログラムの名称					
臨床研修を行った 臨床研修施設の 施設番号及び名称			単独型／管理型臨床研修施設						
			施設番号	臨床研修施設の名称					
			協力型（Ⅰ）／協力型（Ⅱ）臨床研修施設（※該当ある場合）						
			施設番号	臨床研修施設の名称					
研修協力施設で研修 を行った場合にはその施設番 号及び名称									
研修期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
臨床研修を修了していないと認める理由:									

※1 当欄に旧姓を併記することが可能であるが、旧姓のふりがなの記載は不要。

※2 適宜、研修内容やその評価が分かる資料（指導歯科医による研修歯科医の評価表など）など、研修を修了していないとする理由が分かる資料を添付すること。

上の者は、上記の理由により、研修プログラムを修了していないものと認められるので通知する。

令和 年 月 日

〇〇病院 院長 〇〇〇〇

〇〇病院研修管理委員会委員長 〇〇〇

臨床研修の未修了者に係る履修計画表

ふりがな				生年月日		昭和 平成	年	月	日
研修歯科医の氏名									
歯科医籍 登録番号	第	号		歯科医籍 登録年月日	平成 令和	年	月	日	
未修了の臨床研修を継続する 研修プログラム番号及び名称			研修プログラム番号	研修プログラムの名称					
研修継続期間			月 (日)	研修修了 予定年月日	令和	年	月	日	
臨床研修を行う分野			研修項目ごとの施設（研修分野ごとの研修期間） ※再開後、修了までに必要となる研修分野の履修計画を記入してください。						
			施設番号	施設の名称				研修期間	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	
								年 月～ 年 月 (月)	

※当該未修了者に係る臨床研修未修了理由書の写しを添付すること。
 ※より詳細な履修内容が分かるような資料を添付すること。

上の者は、当院において上記履修計画により臨床研修を継続することを報告する。
 また、上記再開によっても必要な症例は確保されるものである。

令和 年 月 日

〇 〇 病院 院長 〇〇 〇〇

〇〇病院研修管理委員会委員長 〇〇 〇

医政発 0401 第 60 号
令和 8 年 4 月 1 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会の開催指針について

歯科医師臨床研修制度については、診療に従事しようとするすべての歯科医師は、臨床研修を受けなければならないこととされている。研修歯科医に対する指導を行う臨床研修指導歯科医については、「歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（令和 8 年 4 月 1 日付け医政発 0401 第 47 号）において、歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会（以下「指導歯科医講習会」という。）を受講していることが求められている。

今般、指導歯科医講習会の質を確保するため、厚生労働省として、別紙のとおり「歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会の開催指針」を定め、これに則った指導歯科医講習会の実施を推進することとしたので、貴職におかれては、内容を御了知の上、貴職管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に対して周知方願いたい。

なお、従前の「歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会の開催指針について」（平成 16 年 6 月 17 日付け医政発第 0617001 号）（以下「従前の開催指針」という。）については、令和 9 年 3 月 31 日付けで廃止する。また、令和 8 年度に開催する指導歯科医講習会については、従前の開催指針に基づき、厚生労働省医政局歯科保健課に開催のための確認依頼を行って差し支えない。

別紙

歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会の開催指針

第1 趣旨

本指針は、歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会（以下「指導歯科医講習会」という。）を開催する者が参考とすべき形式、内容等を定めることにより、指導歯科医講習会の質の確保を図り、もって臨床研修指導歯科医（以下「指導歯科医」という。）の資質の向上及び臨床研修を行う病院・診療所における適切な指導体制の確保に資することを目的とするものである。

第2 指導歯科医講習会の開催指針

1 講習会実施担当者

次に掲げる者で構成される講習会実施担当者が、指導歯科医講習会の企画、運営、進行等を行うこと。

(1) 講習会主催責任者（ディレクター）

講習会主催責任者は、指導歯科医講習会を主催する責任者であり、1名以上であること。ただし、講習会企画責任者が兼務しても差し支えないこと。

(2) 講習会企画責任者（チーフタスクフォース）

講習会企画責任者は、指導歯科医講習会の企画、運営、進行を行う責任者であり、1名以上であること。

講習会企画責任者は、以下のいずれかの要件を満たすこと。

- ・「歯科医師臨床研修指導医ワークショップ」（厚生労働省・（一財）歯科医療研修振興財団主催）において、講習会企画責任者又は講習会世話人としての経験がある者、及び同ワークショップを修了した者であること。
- ・「歯科医師臨床研修指導医講習会」（厚生労働省・（一財）歯科医療研修振興財団主催）、又は本指針に則って実施された指導歯科医講習会等において、講習会企画責任者又は講習会世話人としての経験がある者であること。

(3) 講習会世話人（タスクフォース）

講習会世話人は、講習会企画責任者が行う企画、運営、進行等に協力する者であり、「歯科医師臨床研修指導医ワークショップ」、「歯科医師臨床研修指導医講習会」、本指針に則って実施された指導歯科医講習会を修了した者又はこれと同等以上の能力を有する者であること。なお、「4 指導歯科医講習会の形式」の③の1グループ当たり1名程度以上が配置されていること。

2 対象

指導歯科医の任につく予定者であり、以下の①～③のいずれかの条件に該当する者であること。（臨床経験には、臨床研修を行った期間を含めて差し支えない。）

- ① 7年以上の臨床経験を有する者であること。なお、都道府県歯科医師会会長の推薦があることが望ましいこと。
- ② 5年以上の臨床経験を有する者であって、一般社団法人日本歯科専門医機構の歯科専門医又は日本歯科医学会・専門分科会・認定分科会の認定医・専門医の資格を有していること。
- ③ 大学病院に所属している歯科医師であって、5年以上の臨床経験を有しており、診療に従事していること。

3 開催期間

指導歯科医講習会の開催期間は、原則として、1泊2日以上2日間以上で、実質的な講習時間の合計が16時間以上で開催されること。

4 指導歯科医講習会の形式

指導歯科医講習会は、いわゆるワークショップ（参加者主体の体験型研修）形式で実施され、次に掲げる要件を満たすこと。

- ① 指導歯科医講習会の目標があらかじめ明示されていること。
- ② 一回当たりの参加者数が50名以内であること。
- ③ 参加者が6名から10名までのグループに分かれて行う討議及び発表を重視した内容であること。
- ④ グループ討議の成果及びグループ発表の結果が記録されるとともに、その記録が盛り込まれた講習会報告書が作成されること。
- ⑤ 参加者の緊張を解く工夫（アイスブレイキング）が実施され、参加者間のコミュニケーションの確保について配慮されていること。
- ⑥ 参加者が能動的・主体的に参加するプログラムであること。

5 指導歯科医講習会におけるテーマ

指導歯科医講習会におけるテーマは、次に掲げる項目の①を必須とし、②～⑪の項目のいくつかが含まれていること。

- ① 歯科医師臨床研修制度（歯科医療提供体制等も含む。）
- ② 歯科医師臨床研修のカリキュラム（研修プログラムの立案等）
- ③ 診療技能と患者ケア
- ④ コミュニケーション能力
- ⑤ チーム医療の実践
- ⑥ 指導歯科医の在り方
- ⑦ 患者・医療者関係の構築
- ⑧ 医療安全
- ⑨ 院内感染対策
- ⑩ 労務管理
- ⑪ その他臨床研修に必要な事項

確認依頼書作成要領

- 1 2（2）の「共催者、後援者等」については、当該指導歯科医講習会に共催者、後援者等がある場合に記載すること。
- 2 4（4）の「講習会実施担当者の氏名及び経歴」については、講習会実施担当者ごとに、
 - ① 本指針に則って実施された指導歯科医講習会等において、講習会企画責任者又は講習会世話人としての経験がある者である場合は、当該指導歯科医講習会等の概要（名称、主催者、開催期間等）
 - ② 本指針に則って実施された指導歯科医講習会を修了した者である場合は、当該指導歯科医講習会等の概要（名称、主催者、開催期間等）
 - ③ 指導歯科医講習会等の修了者と同等以上の能力を有する者（「歯科医師臨床研修指導医ワークショップ」（厚生労働省・（一財）歯科医療研修振興財団主催）、「歯科医師臨床研修指導医講習会」（厚生労働省・（一財）歯科医療研修振興財団主催）を受講済みである者等）である場合は、そのことがわかる内容を盛り込んだ経歴書を別添1として添付すること。
- 3 7の「指導歯科医講習会進行表」については、時刻、テーマ、実施方法、担当者等を記載した指導歯科医講習会進行表を別添2として添付すること。
- 4 8の「修了証書」について、当該指導歯科医講習会が「歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会の開催指針」に則ったものであると確認した場合には、その旨主催者に連絡する。その後、指導歯科医講習会開催の1週間前までに、修了証書のひな形と受講者の一覧表を、厚生労働省医政局歯科保健課まで提出すること。（電子媒体（Microsoft Word、同 Excel、同 PowerPoint で読み込み可能な形式で、原則A4で印刷されることを想定したフォントで作成するものとする。）で提出すること。）

指導歯科医講習会進行表(例)

SGD: Small Group Discussion グループ討論
 PLS: Plenary Session 全体セッション(発表)
 D: Director 講習会主催責任者
 TF: Task Force 講習会世話人

■事前視聴動画

	0:50	歯科医師臨床研修	
	0:50	医療安全管理	

1:40

第1日 ●月●日(●曜日)						
時刻	時間	事項(テーマ)	内容	実施方法	担当	備考・資料
事前		参加者への案内	集合場所、時間等			
8:30 -		受付				名札
9:00 - 9:15	0:15	開講式	講習会主催責任者挨拶 講習会企画責任者 講習会世話人等の紹介	全体	D	
9:15 - 9:30	0:15	講習会説明 総合プレアンケート	趣旨説明等 アンケート	PLS	D	
9:30 - 9:35	0:05	他己紹介	説明	PLS	TF	
9:35 - 9:55	0:20			PLS		
9:55 - 10:00	0:05			PLS		
10:00 - 10:05	0:05	ワークショップとは		PLS	〇〇	
10:05 - 10:15	0:10	アイスブレイク(望ましい 学習活動の経験の振り返りなど)	説明 グループ作業 全体発表	PLS	〇〇	発表4分×4グループ =16分
10:15 - 10:45	0:30			SGD	TF	
10:45 - 11:05	0:20			PLS	〇〇	
11:05 - 11:15	0:10	休憩				
11:15 - 11:30	0:15	問題点の抽出(KJ法)	説明 グループ作業 全体発表	PLS	〇〇	(発表4分+討論2分) ×4グループ=24分
11:30 - 12:20	0:50			SGD	TF	
12:20 - 12:50	0:30			PLS	〇〇	
12:50 - 13:50	1:00	昼食				
13:50 - 14:10	0:20	カリキュラムとは・研修 目標	説明 グループ作業 全体発表	PLS	〇〇	(発表5分+討論3分) ×4グループ=32分
14:10 - 15:20	1:10			SGD	TF	
15:20 - 16:00	0:40			PLS	〇〇	
16:00 - 16:10	0:10	休憩				
16:10 - 16:30	0:20	研修方略	説明 グループ作業 全体発表	PLS		(発表6分+討論5分) ×4グループ=44分
16:30 - 17:45	1:15			SGD		
17:45 - 18:35	0:50			PLS		
18:35 - 18:45	0:10	第1日の評価	説明、質疑応答等	PLS	TF	

8:10

第2日 ●月●日(●曜日)						
時刻	時間	事項(テーマ)	内容	実施方法	担当	備考・資料
8:30 - 8:35	0:05	第1日を振り返って	説明	PLS	〇〇	総合プレアンケート フィードバック
8:35 - 9:10	0:35	研修評価	説明 グループ作業(休憩を含む) 全体発表	PLS	〇〇	(発表6分+討論5分) ×4グループ=44分
9:10 - 10:40	1:30			SGD	TF	
10:40 - 11:30	0:50			PLS	〇〇	
11:30 - 12:30	1:00	昼食				
12:30 - 12:55	0:25	二次元展開(問題点の 解決)	説明 グループ作業 全体発表	PLS	〇〇	(発表6分+討論5分) ×4グループ=44分
12:55 - 13:45	0:50			SGD	TF	
13:45 - 14:35	0:50			PLS	〇〇	
14:35 - 14:45	0:10	休憩				
14:45 - 15:50	1:05	全体討議	第2日の評価 総合ポストアンケート ワークショップ総合評価 総合討論、質疑応答 参加者コメント等	PLS	TF	

15:50 - 16:10	0:20	閉講会	講習会主催者挨拶、 修了証書授与等 解散	PLS	D	
---------------	------	-----	----------------------------	-----	---	--

6:10

計14:20

令和 8 年 3 月 31 日

各都道府県知事殿

厚生労働省医政局長

(公 印 省 略)

歯科医師の臨床研修に係るフォローアップ研修の考え方について

歯科医師臨床研修の実施に当たっては、臨床研修指導歯科医（以下「指導歯科医」という。）の確保と資質向上を図ることが求められており、現在、各臨床研修施設等が開催する歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会（以下「指導歯科医講習会」という。）を通じて、指導歯科医が養成されている。

また、社会環境の変化に伴い、歯学教育も含め歯科保健医療を取り巻く状況が変化している中で、指導歯科医の質を担保する観点から、令和 3 年度の歯科医師臨床研修制度の制度改革において、指導歯科医は、5 年毎にフォローアップ研修の受講が求められている。

今般、指導歯科医の質を確保するため、別紙のとおり「歯科医師の臨床研修に係るフォローアップ研修の考え方」を定め、これにのっとりフォローアップ研修の実施を推進することとしたので、貴職におかれては、内容を御了知の上、貴職管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に対して周知方願いたい。

(別紙)

歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医のフォローアップ研修の考え方

1 趣旨

少子高齢化をはじめとした社会環境の変化や歯科疾患構造の変化、歯科医療技術の進展等に伴い、歯科保健医療を取り巻く状況は大きく変化している。歯科医師臨床研修における臨床研修指導歯科医（以下、「指導歯科医」という。）は、こうした状況を理解し、研修歯科医の指導にあたることが求められる。本考え方は、歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医のフォローアップ研修（以下「フォローアップ研修」という。）について参考とすべき形式、内容等を示すことにより、フォローアップ研修の質の確保を図り、もって臨床研修指導歯科医（以下「指導歯科医」という。）の資質の向上及び臨床研修を行う病院・診療所における適切な指導体制の確保に資することを目的とするものである。

2 実施主催者及び受講者

(1) 実施主催者

- ・実施主催者は、関係学会や関係団体等とする。
- ・実施主催者は、フォローアップ研修実施の2月前までに、別紙様式の確認依頼書を厚生労働省医政局歯科保健課まで電子媒体（Microsoft Word、同 Excel、同 PowerPoint で読み込み可能な形式で、原則A4で印刷されることを想定したフォントで作成するものとする。）で提出すること。なお、オンライン形式等で、フォローアップ研修の開催日が限定されない場合は、各年度のコンテンツ公開初日までに提出すること。

(2) 受講者

- ・受講者は、指導歯科医とする。実施主催者は、必要に応じて受講者が指導歯科医であることを確認すること。
- ・受講者は、指導歯科医講習会の受講年度の翌年から起算して5年以内にフォローアップ研修を受講する。
- ・受講者は、フォローアップ研修の修了年度の翌年から起算して5年以内に次のフォローアップ研修を受講する必要がある。

3 フォローアップ研修の内容

- ・フォローアップ研修の研修内容は、別添の「フォローアップ研修の研修区分と研修項目」（以下「研修区分等」という。なお、以後の研修区分と研修項目は、いずれも「研修区分等」に含まれるものとする。）に基づいて、実施主催者が作成する。
- ・フォローアップ研修は単位制とし、「研修区分等」の各研修項目で30分以上を1単位とする。なお、研修項目が15分以上30分未満の場合は、0.5単位として差し支えない。
- ・実施主催者は、実施するフォローアップ研修の研修内容が、「研修区分等」のいずれの

研修区分及び研修項目に該当するか、及び研修内容の単位数を明示し、受講者が円滑に受講管理をできるように努めること。

- ・実施主催者は、フォローアップ研修を行う場合に、「研修区分等」の全ての研修区分を行う必要はなく、研修区分のうちいずれかの研修区分についてのみ実施することができる。

4 実施形式

- ・対面形式またはオンライン形式、もしくはハイブリッド形式で行う。オンライン形式の場合、実施主催者は、受講者からの質疑に対応できる体制を整備すること。

5 フォローアップ研修の修了

- ・フォローアップ研修は、「研修区分等」の各研修区分で1単位以上、少なくとも合計5単位以上を受講することで修了とすること。
- ・受講者は、「研修区分等」で「必須」としている研修項目は必ず受講すること。なお、「研修区分等」の全ての研修項目を受講することが望ましい。
- ・受講者は、自身が受講したフォローアップ研修について、研修区分及び単位数を管理し、フォローアップ研修を修了すること。
- ・受講者は、フォローアップ研修の受講を開始してから1年以内に、修了に必要なすべての研修項目を受講すること。
- ・実施主催者は、各受講者の受講状況について、研修項目ごとに、確認テストと講演の視聴状況をもとにフォローアップ研修の受講完了を確認すること。

6 フォローアップ研修の受講証明等

- ・実施主催者は、実施した研修項目ごとに受講者に対してフォローアップ研修の受講が確認できるもの（以下「受講証明」という。）を提供すること（受講証明は、紙媒体または電子媒体どちらでも差し支えない。）。受講証明には、受講者の氏名、研修区分と研修項目、取得単位数を必ず記載すること。
- ・実施主催者が全ての研修区分を5単位以上実施する場合、受講者の受講完了を確認できれば、実施主催者は当該受講者に対してフォローアップ研修の修了証明を提供して差し支えない（修了証明は、紙媒体または電子媒体どちらでも差し支えない。）。修了証明には、受講者の氏名、研修区分と研修項目、取得単位数を必ず記載すること。
- ・実施主催者は、フォローアップの受講完了者の情報を適切に管理し、求めがあった場合は確認できる体制を整えること。
- ・受講者は、フォローアップ研修の受講状況を適切に管理し、求めがあった場合は提示できるようにすること。

フォローアップ研修の区分及び項目

研修区分	研修項目	
① 歯科医師臨床研修制度(歯科医療提供体制等も含む)	ア) 臨床研修制度の概要	必須
	イ) 歯科医師臨床研修に関する各種ガイドライン	選択
	ウ) 歯科医療提供体制の概要	選択
	エ) 医療 DX の推進	選択
	オ) 社会保障制度(我が国の医療保険制度を含む)	選択
② 歯科医師臨床研修のカリキュラム	ア) カリキュラムプランニング(目標・方略・評価等)	選択
	イ) 問題点の抽出	選択
	ウ) 対応策の立案	選択
③ 歯科医師臨床研修の実際	ア) 医学知識と問題対応能力	選択
	イ) 診療技能と患者ケア	選択
	ウ) コミュニケーション能力	選択
	エ) チーム医療の実践	選択
	オ) 社会における歯科医療の実践	選択
	カ) 指導歯科医の在り方	選択
	キ) その他、診療に必要な事項 (歯科診療と歯科医学、科学的探求、EBM 診療ガイドライン、生涯研修、歯学教育モデル・コア・カリキュラム、共用試験など)	選択
④ 医療安全・感染予防・医療倫理	ア) 医療倫理	選択
	イ) 患者・医療者関係の構築	選択
	ウ) 医療安全	選択
	エ) 院内感染対策	選択
	オ) 医療関係法規、医療経済、労務関係等	必須
⑤ 労務管理	ア) ハラスメント対策	必須
	イ) メンタルヘルス	選択
	ウ) 医療従事者の勤務環境改善マネジメント	選択

※ 関係学会や関係団体等が実施する講演やシンポジウム等の内容が、上記の「フォローアップ研修の研修区分と研修項目」に沿ったものである場合には、フォローアップ研修の単位として認められる。

※ ④医療安全・感染予防・医療倫理について、一般社団法人日本歯科専門医機構(以下「機構」という。)の定める「歯科専門医『共通研修』」は、フォローアップ研修の単位として認められる。「歯科専門医『共通研修』」とは、機構の定める歯科専門医資格の認定または更新の要件となっている研修項目(「医療倫理」、「患者・医療者関係の構築」、「医療安全」、「院内感染対策」、「医療関連法規・医療経済」)のことをいう。この場合において、「歯科専門医『共通研修』」を受講した場合、受講証明書をフォローアップ研修の受講証明として取り扱うものとする。

年 月 日

厚生労働省
医政局歯科保健課長 殿

(主 催 者 名)

確 認 依 頼 書

下記のフォローアップ研修について、「歯科医師の臨床研修に係るフォローアップ研修の考え方について」(令和8年3月31日付け医政発 0331 第78号)にのっとりた内容であることの確認を依頼します。また、下記に記載された以外の点につきましては、同通知にのっとりたものとする所存です。

記

1 フォローアップ研修の概要

- (1) 実施主催者：
- (2) 実施責任者（氏名、所属、役職等）：
- (3) 開催日程（オンラインの場合は公開期間）：
- (4) 開催方法： 対面 ・ オンライン ・ ハイブリット
- (5) 確認テストの方法：
- (6) 受講証明の発行方法： 紙媒体 ・ 電子媒体

【(7)・(8) は講演やシンポジウムの場合のみ記載すること。】

- (7) 講演・シンポジウムの名称：
- (8) 講演・シンポジウムの日程：

2 フォローアップ研修の内容

研修区分	研修項目	実施する 研修に○ を付ける	研 修 時 間 (分)	研修講演者（氏名、所 属、役職等）	研修内容（演題、 概要等）
① 歯科医師 臨床研修 制度（歯 科医療提 供体制等 も含む）	ア) 臨床研修制度の概要				
	イ) 歯科医師臨床研修に関する各種ガイドライン				
	ウ) 歯科医療提供体制の概要				
	エ) 医療 DX の推進				
	オ) 社会保障制度（我が国の医療保険制度を含む）				

② 歯科医師 臨床研修 のカリキ ュラム	ア) カリキュラムプランニン グ(目標・方略・評価等)				
	イ) 問題点の抽出				
	ウ) 対応策の立案				
③ 歯科医師 臨床研修 の実際	ア) 医学知識と問題対応能力				
	イ) 診療技能と患者ケア				
	ウ) コミュニケーション能力				
	エ) チーム医療の実践				
	オ) 社会における歯科医療の 実践				
	カ) 指導歯科医の在り方				
④ 医療安 全・感染 予防・医 療倫理	ア) 医療倫理				
	イ) 患者・医療者関係の構築				
	ウ) 医療安全				
	エ) 院内感染対策				
	オ) 医療関係法規、医療経済、 労務関係等				
⑤ 労務管理	ア) ハラスメント対策				
	イ) メンタルヘルス				
	ウ) 医療従事者の勤務環境改 善マネジメント				

3 実施主催者への問い合わせ先

実施主催者：

事務等担当者：

住所：

電話番号：

メールアドレス：

臨床研修の基本理念（歯科医師法第一六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令）

臨床研修は、歯科医師が、歯科医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、歯科医学及び歯科医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

A. 歯科医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

2. 利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先するとともに QOL に配慮し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

- ① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
- ② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
- ③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
- ④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
- ⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

2. 歯科医療の質と安全の管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

- ① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。

- ③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ④ 歯科診療の特性を踏まえた院内感染対策について理解し、実践する。
- ⑤ 医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。

3. 医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

- ① 頻度の高い疾患について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
- ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。
- ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。
- ④ 高度な専門医療を要する場合には適切に連携する。

4. 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・移行に配慮した診療を行う。

- ① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
- ② 診察・検査の結果を踏まえ、一口腔単位の診療計画を作成する。
- ③ 患者の状態やライフステージに合わせた、最適な治療を安全に実施する。
- ④ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

5. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

- ① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
- ② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
- ③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

6. チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

- ① 歯科医療の提供にあたり、歯科衛生士、歯科技工士の役割を理解し、連携を図る。
- ② 多職種が連携し、チーム医療を提供するにあたり、医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
- ③ 医療チームにおいて各構成員と情報を共有し、連携を図る。

7. 情報・科学技術を活かす能力

- ① 情報倫理(AI 倫理を含む)及び個人情報を含むデータ保護に関する原則を理解し、実践する。
- ② 健康・医療・介護に関わる情報倫理及びデータ保護に関する原則を理解し、実践する。
- ③ 医療・保健・介護分野での Internet of Things (IoT)技術や AI 等のデータの適切な活用について理解する。

8. 社会における歯科医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会に貢献する。

- ① 健康保険を含む保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ② 地域の健康問題やニーズ把握など、公衆衛生活動を理解する。
- ③ 予防医療・保健・健康増進に努める。
- ④ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。
- ⑤ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要について理解する。

9. 科学的探究

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

- ① 医療上の疑問点に対応する能力を身に付ける。
- ② 科学的研究方法を理解し、活用する。
- ③ 臨床研究や治験の意義を理解する。

10. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために省察し、他の歯科医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- ① 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ② 同僚、後輩、歯科医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌等を含む。）を把握する。

C. 基本的診療業務

研修プログラムの構成についての考え方

・「必修」項目として経験すべき内容については、

- ① 各研修プログラムで設定する到達目標の項目数における「必修」項目数の割合
 - ② 「必要な症例数」を定めている項目における「必修」項目の症例数の割合
- を総合的にみて、「必修」項目の内容が 60%以上経験可能な研修プログラムとなっていること。

・「選択」項目：「1. 基本的な診療能力等」における「選択」項目から 1 項目以上、「2.

歯科医療に関連する連携と制度の理解等」における「選択」項目から2項目以上を選択すること。

ただし、必ず「(2) 多職種連携、地域医療」の項目を含むこと。

1. 基本的診療能力等

本項目は、「B. 資質・能力」のうち、「2. 歯科医療の質と安全の管理」「3. 医学知識と問題対応能力」「4. 診療技能と患者ケア」「5. コミュニケーション能力」に相当する具体的な到達目標を示す。

(1) 基本的診察・検査・診断・診療計画

- ① 患者の心理的・社会的背景を考慮した上で、適切に医療面接を実施する。(必修)
- ② 全身状態を考慮した上で、顎顔面及び口腔内の基本的な診察を実施し、診察所見を解釈する。(必修)
- ③ 診察所見に応じた適切な検査を選択、実施し、検査結果を解釈する。(必修)
- ④ 病歴聴取、診察所見及び検査結果に基づいて歯科疾患の診断を行う。(必修)
- ⑤ 診断結果に基づき、患者の状況・状態を総合的に考慮した上で、考え得る様々な一口腔単位の診療計画を検討し、立案する。(必修)
- ⑥ 必要な情報を整理した上で、わかりやすい言葉で十分な説明を行い、患者及び家族の意思決定を確認する。(必修)

(2) 基本的臨床技能等

- ① 歯科疾患を予防するための口腔衛生指導、基本的な手技を実践する。(必修)
- ② 一般的な歯科疾患に対応するために必要となる基本的な治療及び管理を実践する。(必修)
 - a. 歯の硬組織疾患
 - b. 歯髄疾患
 - c. 歯周病
 - d. 口腔外科疾患
 - e. 歯質と歯の欠損
 - f. 口腔機能の発達不全、口腔機能の低下
- ③ 基本的な応急処置を実践する。(必修)
- ④ 歯科診療を安全に行うために必要なバイタルサインを観察し、全身状態を評価する。(必修)
- ⑤ 診療に関する記録や文書（診療録、処方せん、歯科技工指示書等）を作成する。(必修)
- ⑥ 医療事故の予防に関する基本的な対策について理解し、実践する。(必修)
- ⑦ インシデント、ヒヤリ・ハット事例等を経験したら、報告書等を作成するとともに、その発生要因を分析することにより、必要な対策について理解し、実践する。(必修)

(3) 患者管理

- ① 歯科治療上問題となる全身的な疾患、服用薬剤等について説明する。(必修)
- ② 患者の医療情報等について、必要に応じて主治の医師等と診療情報を共有する。(必修)
- ③ 全身状態に配慮が必要な患者に対し、歯科治療中にバイタルサインのモニタリングを行う。(必修)
- ④ 歯科診療時の主な併発症や偶発症への基本的な対応法を実践する。(必修)
- ⑤ 入院患者に対し、患者の状態に応じた基本的な術前・術後管理及び療養上の管理を実践する。(選択)

(4) 患者の状態に応じた歯科医療の提供

- ① 妊娠期、乳幼児期、学齢期、成人期、高齢期の患者に対し、各ライフステージに応じた歯科疾患の基本的な予防管理、口腔機能管理について理解し、実践する。(必修)
- ② 各ライフステージ及び全身状態に応じた歯科医療を実践する。(必修)
- ③ 在宅療養患者等に対する訪問歯科診療を経験する。(選択)
- ④ 障害を有する患者への対応を実践する。(選択)

2. 歯科医療に関連する連携と制度の理解等

本項目は、関連する「B. 資質・能力」「6. チーム医療の実践」「7. 社会における歯科医療の実践」に相当する具体的な到達目標を示す。

(1) 歯科専門職間の連携

- ① 歯科衛生士の役割を理解し、予防処置や口腔衛生管理等の際に連携を図る。(必修)
- ② 歯科技工士の役割を理解し、適切に歯科技工指示書を作成するとともに、必要に応じて連携を図る。(必修)
- ③ 多職種によるチーム医療について、その目的、各職種の役割を理解した上で、歯科専門職の役割を理解し、説明する。(必修)

(2) 多職種連携、地域医療

- ① 地域包括ケアシステムについて理解し、説明する。(必修)
- ② 地域包括ケアシステムにおける歯科医療の役割を説明する。(必修)
- ③ 在宅療養患者や介護施設等の入所者に対する介護関係職種が関わる多職種チームについて、チームの目的を理解し、参加する。(選択)
- ④ 訪問歯科診療の実施にあたり、患者に関わる医療・介護関係職種の役割を理解し、連携する。(選択)
- ⑤ 病院における歯科の役割を理解し、病院内の医科との連携を経験する。(選択)
- ⑥ 離島やへき地における地域医療を経験する。(選択)

- ⑦ がん患者等の周術期や回復期等の入院患者の等口腔機能管理において、その目的及び各専門職の役割を理解した上で、多職種によるチーム医療に参加し、基本的な口腔機能管理を経験する。(選択)
- ⑧ 歯科専門職が関与する多職種チーム（例えば栄養サポートチーム、摂食嚥下リハビリテーションチーム、口腔ケアチーム等）について、その目的及び各専門職の役割を理解した上で、チーム医療に参加し、関係者と連携する。(選択)
- ⑨ 入院患者の入退院時における多職種支援について理解し、参加する。(選択)
- ⑩ 地域における病院歯科の役割を理解し、病院歯科と歯科診療所の連携（歯科医療機関間の連携）を経験する。(選択)

(3) 地域保健

- ① 地域の保健・福祉の関係機関、関係職種を理解し、説明する。(必修)
- ② 保健所等における地域歯科保健活動を理解し、説明する。(必修)
- ③ 保健所等における地域歯科保健活動を経験する。(選択)
- ④ 歯科健診を経験し、地域住民に対する健康教育を経験する。(選択)

(4) 歯科医療提供に関連する制度の理解

- ① 医療法や歯科医師法をはじめとする医療に関する法規及び関連する制度の目的と仕組みを理解し、説明する。(必修)
- ② 医療保険制度を理解し、適切な保険診療を実践する。(必修)
- ③ 介護保険制度の目的と仕組みを理解し、説明する。(必修)