

施設名	教育関連施設番号									
			—					—		

20   年 1 月 1 日～12 月 31 日の形成外科に関する教育研究活動  
(教育関連施設：実績点1点以上を提出)

- ※「1. 学会発表」及び「2. 論文発表」を証明する提出の資料には、該当の「氏名」及び「施設名」に朱色でアンダーラインを引いてください。  
 ※ 最大でも(様式3)の用紙の枠内に収まる件数[学会発表3件まで/論文発表2件まで]の実績を提出するようにして下さい。別紙記載となるまで学会発表を提出する必要はありません。

**1. 学会発表 (専門医生涯教育委員会が認めた学会・研修会での発表1回につき1点)**

※証明する資料として、発表時に演者が更新申請の施設に在籍していたことが分かるページのコピーを必ず提出してください。

学術集会名	開催日	演題名	発表者氏名・所属
	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年		
	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年		
	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年		

**2. 論文発表 (単著または筆頭著者による形成外科に関する論文1編につき2点)**

- ※証明する資料として、投稿時に単著者 or 筆頭著者が更新申請の施設に在籍していたことが分かるページのコピーを必ず提出してください。  
 ※掲載誌の条件は、年に2回以上発行されており、査読の有る学術雑誌で、第1発表者の所属施設が更新申請の施設名であること。

学会名・掲載誌名	年月日	論文名	発表者氏名・所属
	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年		
	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年		

下記に点数を記入

学会発表 点	論文発表 点	合計点

※承認

**施設認定基準研修体制について** 以下の各項目についての [ 有 ・ 無 ] に○をご記入ください。

- (1) 院内学習 [ 有 ・ 無 ]、 検討会 [ 有 ・ 無 ]、 CPC [ 有 ・ 無 ]  
 (2) 院内倫理対策 [ 有 ・ 無 ]、 医療安全管理に関する管理組織 [ 有 ・ 無 ]