

回答選択肢

●	常勤(非常勤)として専攻医を派遣している、又は派遣する予定がある。
(空欄)	常勤(非常勤)として専攻医を派遣していない(今後も派遣しない)。

専攻医派遣先(連携先)医療機関名		(参考) 影響の有無	〇〇科	
			常勤	非常勤
青森市	県立中央病院	影響なし		
	青森市民病院	影響なし		
	国立青森病院	影響なし		
	あおもり協立病院	影響なし		
	つくしが丘病院	影響なし		
	精神保健福祉センター	影響なし		
	芙蓉会病院	影響なし		
	青森厚生病院	影響なし		
	新都市病院	影響なし		
	あすなろ療育福祉センター	影響なし		
	鷹揚郷青森病院	影響なし		
	生協さくら病院	影響なし		
	中部クリニック	影響なし		
小計			0	0
弘前市	国立弘前総合医療センター	影響なし		
	健生病院	影響なし		
	弘前中央病院	影響なし		
	弘前脳卒中・リハビリテーションセンター	影響なし		
	愛成会病院	影響なし		
	聖康会病院	影響なし		
	藤代健生病院	影響なし		
	弘愛会病院	影響なし		
	弘前記念病院	影響なし		
	鷹揚郷弘前病院	影響なし		
	健生クリニック	影響なし		
小計			0	0
合計			0	0

診療科名	〇〇科
回答者氏名	
連絡先電話番号	
メールアドレス	

【自由記載欄:懸念される支障や御意見など】

※ 着色セルに所定の事項を記入又は選択入力してください。

※ 黄色着色セルには専攻医を派遣している先(連携先)の医療機関名が青森市・弘前市の別に記入されています。
これは、青森県があらかじめ記入しているものであり、関係のない連携先については空欄で回答してください(欄の削除等を行わないでください)。
なお、青森市・弘前市以外の医療機関については回答不要です。
青森県があらかじめ記入した医療機関以外の連携先がある場合は医療機関名を追加し、青色着床セルに所定の事項を選択入力してください。
万が一欄が不足する場合は非表示としている行を表示して回答してください。

※ 緑色着色セルには、診療科名を記入してください。

※ 青色着色セルには、本票上部の「回答選択肢」を参考に、該当するセルに「●」を選択入力してください。
なお、該当しない欄は空欄としてください。
非常勤だけを派遣しているケースについては、基本的に貴院で勤務している扱いとなりますので、
専攻医派遣先(連携先)医療機関が算入対象医療機関とならなくても影響が生じない場合に該当します。

※ なお、本票では「(参考)」欄中に機械的に「影響なし」との表示がされるようになっていますが、
何らかの支障が懸念される場合は、入力済みの計算式を上書きの上、「影響あり」と朱書き、
本個票(別紙2診療科個票)の自由記載欄に具体的な内容を御記入下さい。
また、これ以外にも何らかの御意見があれば同欄に御記入下さい。