

麻酔科認定病院辞退届

(西暦) 年 月 日

公益社団法人日本麻酔科学会
認定審査委員会 御中

認定番号: _____

病院名: _____ (公印)

住所: 〒

院長名:

当病院は下記の理由により、麻酔科認定病院の資格を辞退致します。

記

【辞退理由】(下記いずれかの番号に○を付した上で記入)

1. 麻酔科の長としての麻酔科専門医・指導医が不在

最終代表専門医 役職: (部・科・医) 長

氏名:

在職: (西暦) 年 月 日まで

後任医師の有無 (あり・なし)

後任医師の就任予定日 年 月 日頃

2. その他(具体的に記入)

【研修プログラム状況の確認項目】

確認項目 ①研修プログラムの参加 (あり・なし)

②研修中の専攻医が在籍 (あり・なし)

上記の2項目において、「あり」に確認項目が該当された場合は、以下のご対応をお願い致します。

① 認定病院資格喪失日以降は、研修プログラム登録は解除となります。

研修プログラム基幹施設は、全ての連携施設へ研修プログラム登録は解除の旨をご連絡下さい。

研修プログラム連携施設AもしくはBである場合は、「麻酔科認定病院を辞退した」ことを連携中の全ての研修プログラム基幹施設の責任者へご連絡ください。

② 専攻医が在籍されており研修中である場合は、認定病院の資格喪失日以降は、研修期間・経験症例共に含まれなくなります。つきましては、プログラム研修へ影響が出ないよう認定病院の資格喪失日迄に研修可能な施設へ移動等をご検討下さい。

以上