

作成日：2025年3月26日

## 2026年度開始麻酔科専門研修プログラム 申請書の作成上の注意点

基幹施設と連携施設で提出書類が異なります。

基幹施設は「専門研修プログラム\_基幹施設用申請書（メール提出）」「研修プログラム冊子（WEB アップロード）」、

連携施設は「専門研修プログラム\_連携施設用申請書（基幹施設へ提出）」が必要になります。

※基幹施設が他のプログラムの連携施設となっている場合も、連携施設用申請書の提出が必要です。

※連携施設用申請書は、基幹施設が各施設の申請書を取りまとめの上、基幹施設用申請書と合わせて

ご提出ください。

### 【基幹施設】

提出書類：専門研修プログラム\_基幹施設用申請書

提出先メールアドレス：[kenshu-p@anesth.or.jp](mailto:kenshu-p@anesth.or.jp)

#### ●シート名「申請書1」

基幹施設の情報をご入力ください。

<補足事項>

・麻酔科認定病院 認定番号

日本麻酔科学会認定麻酔科認定病院の認定番号をご入力ください。（4桁以下）

・症例数

2024年4月1日～2025年3月31日の期間の症例数をご入力ください。

・専門研修指導医一覧 作成日時時点で専門研修指導医の要件を満たす常勤医師の情報をご入力ください。  
（※休職中の方は含まれません） 専門研修指導医の要件は[こちら](#)をご確認ください。

※「麻酔科指導医資格有無」の箇所は、日本麻酔科学会認定麻酔科指導医の資格有無を入力してください。

#### ●シート名「申請書 2－①」

基幹施設、連携施設 A の情報をご入力ください。

黄色着色のセルが入力必須となっております。着色がないセルの入力は任意です。

<補足>

・基幹施設ピンクの着色部分は、「申請書 1」に記載された内容が数式で反映されるようになっております。

プログラムに按分する専門研修指導医の人数は各自ご入力をお願いいたします。

・連携施設 A

「認定番号」は日本麻酔科学会認定麻酔科認定病院の認定番号をご入力ください。（4 桁以下）

黄色着色のセルが入力必須となっております。着色がないセルの入力は任意です。

・希望定員数

「本プログラム専門研修指導医按分合計」を超えないように設定してください。

#### ●シート名「申請書 2－②」

連携施設 B の情報をご入力ください。

黄色着色のセルが入力必須となっております。着色がないセルの入力は任意です。

※専門研修指導医数の按分に関しては別途[「専門研修指導医数の按分について」](#)をご覧ください。

●研修プログラム冊子

弊会専用の WEB ページよりアップロードしてください。

※連携施設の情報は、基幹施設申請書に記載された連携施設と同一になっているかご確認ください。

万が一相違している場合、基幹施設申請書に記載された連携施設を正として管理致します。

**【連携施設】**

提出書類：専門研修プログラム\_連携施設用申請書

提出先：連携するプログラムの基幹施設宛

連携施設の情報をご入力ください。

< 補足事項 >

・麻酔科認定病院 認定番号

日本麻酔科学会認定麻酔科認定病院の認定番号をご入力ください。（4 桁以下）

・症例数

2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日の期間のものをご記入ください。

・専門研修指導医一覧 作成日時点で専門研修指導医の要件を満たす常勤医師の情報をご入力くださ

い。（※休職中の方は含まれません）専門研修指導医の要件は[こちら](#)をご確認ください。

※「麻酔科指導医資格有無」の箇所は、日本麻酔科学会認定麻酔科指導医の資格有無を記載してください。