

令和9年度 専門医認定支援事業計画

1. 医療機関の名称・所在地等

名 称 _____
所 在 地 _____
電 話 番 号 _____
担当所属氏名 _____
メールアドレス _____

2. 実施予定の事業（計画がある場合、御回答ください。）

回答を踏まえて、事業内容の詳細をヒアリングさせていただきます。）

(1) 医師不足地域の医療機関にて行われる専門研修プログラムの策定

（新規策定又は変更に要する経費が対象となります）

①プログラム策定をする診療科 _____

②地域医療に配慮した連携医療機関及び所在する医療圏の名称 _____

③対象経費（積算根拠） _____

(2) 医師不足地域の医療機関にて行われる専門研修に対する指導医の派遣等

①派遣先医療機関（医療圏名称）及び診療科 _____

②派遣人数と区分（派遣／出張） _____

③対象経費（積算根拠） _____

(3) キャリア支援プログラムに基づいた専門研修に対する指導医の派遣等

①派遣先医療機関及び診療科 _____

②キャリア支援プログラムの診療科別コース名称 _____

③派遣人数と区分（派遣／出張） _____

④対象経費（積算根拠） _____

(4) へき地・離島等の医療機関における総合診療研修

①研修先 _____

②対象人数 _____

③対象経費（旅費額） _____

【連絡先】

千葉県健康福祉部医療整備課

医師確保・地域医療推進室 担当 前川

TEL 043-223-3902

FAX 043-221-7379

Mail d-chibank@mz.pref.chiba.lg.jp