

# 登録施設確認申請書資料

(平成28年 月 日現在)

・申請施設名： ↑「申請施設」とは病理学会の現「認定施設」。これから登録施設として申請する施設名は下記「病院名」に記載のこと。
・上記施設の病理部門責任者（教授等） _____ 印
・病理研修指導責任者氏名 (上記代表者が指導医の場合は不要) _____ 印

## I. 被登録施設に関する一般的事項

### 1. 病 院 名

(登録施設として申請を希望する施設名)

\_\_\_\_\_

2. 病 院 開 設 者 \_\_\_\_\_

3. 開 設 の 年 \_\_\_\_\_

### 4. 診療科別病床数

科名																						合計
病床数																						床

### 5. 医 師 数

総数 \_\_\_\_\_ 名

(内訳) 常 勤 \_\_\_\_\_ 名

非 常 勤 \_\_\_\_\_ 名

初期研修医 \_\_\_\_\_ 名

後期研修医 \_\_\_\_\_ 名

6. 学会等の教育病院指定の有無

厚生労働省臨床研修指定病院 有 ・ 無

大学の卒前教育関連病院（大学以外の施設の場合） 有 ・ 無（ \_\_\_\_\_ 大学）

7. 臨床病歴の管理について

II. 病理部門について

1. 病理部門の名称： \_\_\_\_\_

2. 病 理 医

氏 名		勤務形態	職名	経験年数	病理専門医登録番号	病理専門医研修指導医認定年
A. 専任病理医 <small>（施設内併任を含む）</small>						
B. 専任でない病理医 <small>（嘱託、非常勤等）</small>						

3. その他の職員（病理部門に限る）

	人 数	専任・兼任の別	備考（業務内容）
A. 臨床/衛生検査技師			
B. その他の技術職員			
C. 事務職員			



## 6. 細胞診

### A. 最近5年間の細胞診断件数

1～12月	件数
平成 年	件
平成 年	件
平成 年	件
平成 年	件
平成 年	件
5年間の計	

B. 細胞検査士の有資格者 \_\_\_\_\_名, 無

## 7. カンファレンスの開催状況

A. 剖検例に関するCPC:

B. 生検/組織診に関するカンファレンス:

C・その他のカンファレンス:

## 8. 各種資料の保管状況

A. 摘出保存臓器

イ. 剖検材料

ロ. 生検/組織診材料

B. 各種資料

イ. 診断書

ロ. パラフィンブロック

ハ. プレパラート

ニ. 写真等の記録

C. 過去の病理データの検索方法

イ. 剖 検

ロ. 生検/組織診

ハ. 細 胞 診

9. 電子顕微鏡等特殊検査機器の管理状況

Ⅲ. 病理以外の臨床検査部門について