病理診断科研修に関するアンケート（日本病理学会）　締切：平成 27 年 3 月 31 日

1.　初期研修における病理診断科選択について

ⅰ 病理選択の可否：　◯ 可　◯ 不可　◯ その他 [　　]

ⅱ 病理研修の可能な最大期間：[　　] 週間

ⅲ 病理研修の実績：平成 24 年 [　　] 人、平成 25 年 [　　] 人、平成 26 年 [　　] 人

ⅳ 病理専門医：[　　] 名（うち指導医 [　　] 名）

2.　病理専門医研修（後期研修）について

ⅰ 受け入れの可否：　◯ 可　◯ 不可　◯ その他 [　　]

ⅱ 後期研修プログラムの特徴

研修期間：[　　] 年

身分：[　　]

待遇(アルバイト・代務などを含まない年収)：[　　] 万円

研修中の学位取得の可能性：　◯ 可　◯ 不可

ⅲ 新たに病理専門医のための後期研修を開始した人数：

平成 24 年度 [　　] 人(医員 [　　] 人、大学院生 [　　] 人、その他 [　　] 人)、

平成 25 年度 [　　] 人(医員 [　　] 人、大学院生 [　　] 人、その他 [　　] 人)

平成 26 年度 [　　] 人(医員 [　　] 人、大学院生 [　　] 人、その他 [　　] 人)

3.　ホームページについて

ⅰ 初期研修中の病理選択について病院ホームページへの掲載：　◯ あり　◯ なし

ⅱ 病理専門医研修プログラムについてホームページへの掲載：　◯ あり　◯ なし

ⅲ ⅰⅱで「あり」とご回答の貴院のホームページを、

日本病理学会ホームページとリンクさせることについて：　◯ 希望する　◯ 希望しない

4.　医学生・研修医の病院実習・見学について

ⅰ 実習・見学の可否：　◯ 可　◯ 不可　◯ その他 [　　]

ⅱ 期間・期限について

時期：[　　]　期間：[　　]　受け入れ可能のべ人数：[　　] 人

5.　自由記載欄（貴院、貴科についてアピール文、あるいは年次ごとの年収など上記で書き切れなかったことを記入ください。）

[　　]

6.　貴施設について

病院名：[　　]　認定施設番号：[　　]

部 署 名 ：[　　]　ご記入者名：[　　]

医学生・研修医に対する病理研修に関する連絡・問合せ先：

担当者：[　　]　所属：[　　]

郵便番号：[　　]　住所：[　　]

電話：[　　]　FAX：[　　]　e-mail：[　　]

ホームページ URL：[　　]

ご協力をいただきましてありがとうございました。

右上に表示されている「フォームを送信ボタン」を押すと日本病理学会に回答が送信されます。

■ フォームが送信できない場合は、未入力の必須項目がないかご確認ください
最新のAdobe Readerにバージョンアップしてください http://get.adobe.com/jp/reader/