

## 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026年4月30日

都道府県知事 殿

病院名 福井大学医学部附属病院  
開設者 病院長 藤枝 重治

医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成14年厚生労働省令第158号）第12条に基づき、年次報告書を提出いたします。

また、併せて、同省令第9条に基づき、**1.** 研修プログラムの変更、 **2.** 研修プログラムの新設を届け出ます。

（研修プログラムを変更する場合には「1. 研修プログラム変更」に、研修プログラムを新設する場合には「2. 研修プログラムの新設」に○をつけてください。）

**1.** 基幹型臨床研修病院 **2.** 協力型臨床研修病院 （報告又は届出を行う臨床研修病院の型の番号に○をつけてください。）

- ・項目番号1から27までについては、年次報告において記入してください。
- ・研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号28から38までについても記入してください。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 1 －

病院施設番号： 030331 臨床研修病院の名称： 福井大学医学部附属病院 記入日：西暦 2026年4月30日

病院施設番号 (基幹型、協力型記入) 既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。	030331		臨床研修病院群の名称 (基幹型、協力型記入) 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。	名称 福井大学医学部附属病院 卒後臨床研修病院群
				番号 0303315
作成責任者の氏名及び連絡先 (基幹型、協力型記入) 本報告書の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。	フリガナ	ナカダ ヒロキ		役職 病院部総務課 一般職員  ( 内線 : 3113 ) ( 直通電話 : 0076-61-8600 ) e-mail : sotsugo@med.u-fukui.ac.jp
	氏名 (姓)	中田	(名) 裕基	
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ	フクイダク イガクイガクフクフクケイヨウイン 福井大学医学部附属病院		
2. 病院の所在地及び二次医療圏の名称 (基幹型、協力型記入)	〒	910-1193 吉田郡永平寺町松岡下合月23-3 電話 : (0776) 61-311 FAX : (0776) 61-822		
		二次医療圏の名称 : 福井・坂井		
3. 病院の開設者の氏名(法人の名称) (基幹型、協力型記入)	フリガナ	コクリツダク イガクケイジン フクイダク 国立大学法人 福井大学		
4. 病院の開設者の住所(法人の主たる事務所の所在地) (基幹型、協力型記入)	〒	910-8507 福井県福井市文京3丁目9番1号 電話 : (0776) 23-050 FAX : 0776) 27-8518		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型、協力型記入)	フリガナ	フジエダ シゲル		
	姓	藤枝	名	重治
6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数 (基幹型記入)	* 別紙1に記入 研修管理委員会の全ての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。			
7. 病院群の構成等 (基幹型記入)	* 別表に記入 病院群を構成する全ての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。			
8. 病院のホームページアドレス (基幹型、協力型記入)	<a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a>			



## 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 3 －

病院施設番号：	030331	臨床研修病院の名称：	福井大学医学部附属病院		
18. 病歴管理体制 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	病歴管理の責任者の氏名及び役職	フリガナ	フジガ シゲル		
		氏名(姓)	藤枝	(名)	重治
		役職	病院長		
	診療に関する諸記録の管理方法	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 中央管理      2. 各科管理 その他(具体的に： )			
	診療録の保存期間	( 5 )年間保存			
	診療録の保存方法	1. 文書 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 電子媒体 その他(具体的に： )			
19. 医療安全管理体制 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	安全管理者の配置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 ( 1 )名      0. 無 <small>有を選択した場合には、安全管理者の人数を記入してください。</small>			
	安全管理部門の設置状況	職員：専任 ( 7 )名、兼任 ( 16 )名 主な活動内容： 例)「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等  ①医療上の事故防止及びインシデントの収集、調査、分析及び防止対策 ②医療上の事故防止に関する提言、指導、教育、研修			
	患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況	患者相談窓口の責任者の氏名等：	フリガナ		
		氏名(姓)	森岡	(名)	浩一
		役職	副病院長 (医療安全担当)		
		対応時間	( 8:30 ~ 17:00 )		24時間表記
		患者相談窓口に係る規約の有無：	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有      0. 無		
	医療に係る安全管理のための指針の整備状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有      0. 無 指針の主な内容： 指針の主な内容：医療安全管理体制、医療安全確保の改善方策、医療上の事故発生時の対応			
	医療に係る安全管理委員会の開催状況	年 ( 13 )回 活動の主な内容： 活動の主な内容：医療安全管理の指針・対策及び改善、医療安全管理に係る指導・助言、医療事故に関すること			
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年 ( 9 )回 研修の主な内容： 研修の主な内容：特定機能病院における医療安全管理体制、医薬品の適応外使用と安全管理、放射線診療に関する安全管理、組織文化・医療安全文化の醸成、Team STEPPS			
医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	医療機関内における事故報告等の整備： <input checked="" type="checkbox"/> 1. 有      0. 無 その他の改善のための方策の主な内容： 医療安全マニュアルの改訂、各種ガイドラインの見直し、医療安全情報の周知				
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	修了： 11 名 中断： 0 名				
21. 現に受け入れている研修医の数 <small>(基幹型・協力型記入)</small>			前々年度	前年度	当該年度
	1 年	11	13	28	
	2 年	12	11	13	
22. 受入可能定員 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	許可病床数(歯科の病床数を除く。)から算出	許可病床数 ( 593 )床 ÷ 10 = ( 59 )名			
	患者数から算出	年間入院患者数 ( 17,229 )人 ÷ 100 = ( 172 )名			
23. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 <small>(基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。</small>	1. 精神保健福祉士： 3 名 (常勤： 3 名、非常勤： 0 名)				
	2. 作業療法士： 6 名 (常勤： 6 名、非常勤： 0 名)				
	3. 臨床心理技術者： 7 名 (常勤： 0 名、非常勤： 7 名)				
	9. その他の精神科技術職員： 1 名 (常勤： 0 名、非常勤： 1 名)				
24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 <small>(基幹型記入) JOEPIによる評価受審の有無を記載してください。</small>	1. 有 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. 無 <small>有を選択した場合には、直近の受審日を記入してください。</small>				
	受審状況有りの場合、結果の公表      1. 有      0. 無				

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－４－

病院施設番号： 030331		臨床研修病院の名称： 福井大学医学部附属病院	
項目27までについては、報告時に必ず記入してください。			
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)		* 別紙5に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
26. 前年度に育児休業を取得した研修医の数 (基幹型・協力型記入)		女性 1年次研修医 ( 0 ) 名 2年次研修医 ( 0 ) 名 男性 1年次研修医 ( 0 ) 名 2年次研修医 ( 0 ) 名	
27. 研修医の妊娠・出産・育児に関する施設及び取組に関する事項 (基幹型・協力型記入)	院内保育所	院内保育所の有無 ( 1. 有 0. 無 ) 有を選択した場合、開所時間を記入してください ( 8:00 ~ 18:30 ) 病児保育 ( 1. 有 0. 無 ) 夜間保育 ( 1. 有 0. 無 ) 上記保育所は研修医の子どもに使用可能か ( 1. 可 0. 不可 )	
	保育補助	ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 ( 1. 有 0. 無 ) その他の補助 ( 具体的に )	
	休憩場所	休憩場所 ( 1. 有 0. 無 ) 授乳スペース ( 1. 有 0. 無 )	
	授乳スペース	( )	
	その他育児関連施設・取組があれば記入(院外との連携した取組もあれば記入)	( )	
	研修医のライフイベントの相談窓口	1. 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入 ( 臨床教育研修研修センター ) 窓口の専任担当 1. 有 ( ) 名 0. 無	
各種ハラスメントの相談窓口	窓口の名称を記入 ( 福井大学総務部人事労務課 ) 窓口の専任担当 1. 有 ( ) 名 0. 無		
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。			
28. 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称： 福井大学臨床研修Aプログラム プログラム番号： 0030331521	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)		1年次： 21 名 2年次： 21 名	
30. 研修医の募集及び採用の方法 (基幹型記入)	研修プログラムに関する問い合わせ先	フリガナ ナカタ ヒロキ 氏名(姓) 中田 (名) 裕基 所属 病院部総務課 役職 一般職員 電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224 e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp URL： http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/	
	資料請求先	住所 吉田郡永平寺町松岡下合月23-3 〒910-1193 担当部門 担当者氏名 フリガナ ナカタ ヒロキ 姓 中田 名 裕基 電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224 e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp URL： http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/	

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－５－

病院施設番号：

030331

臨床研修病院の名称：

福井大学医学部附属病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	募集方法	1. 公募 2. その他（具体的に：_____）
	応募必要書類 （複数選択可）	1. 履歴書、 2. 卒業（見込み）証明書、 3. 成績証明書、 4. 健康診断書、 5. その他（具体的に：（ CBT試験結果 _____ ））
	選考方法 （複数選択可）	1. 面接 2. 筆記試験 その他（具体的に： 小論文 _____ ）
	募集及び選考の時期	募集時期： 6月1日 頃から 選考時期： 8月1日 頃から
	マッチング利用の有無	1. 有 0. 無
31. 研修プログラムの名称及び概要 （基幹型記入）		概要：* 別紙3に記入 （作成年月日： 2026年4月30日 _____ ）
32. プログラム責任者の氏名等（副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等） （基幹型記入） * プログラム責任者の履歴を様式A-2に記入 * 副プログラム責任者が配置されている場合には、副プログラム責任者の履歴を様式A-2に記入		（プログラム責任者） フリガナ ハシ ヒロキ 氏名（姓） 林（名） 寛之 所属 福井大学医学部附属病院 役職 総合診療部長・教授  （副プログラム責任者） 1. 有（ 2 名） 0. 無 小淵岳恒（コブチ ケツネ）福井大学医学部附属病院 高度被ばく医療センター 教授 山村 修（ヤマムラ ヲサム）福井大学医学部附属病院 地域医療推進講座 教授
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全ての臨床研修指導医等（協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。）について氏名等を記入してください。		* 別紙4に記入
34. インターネットを用いた評価システム		1. 有（ <input checked="" type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）） 0. 無
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）		2026年4月1日
36. 研修医の処遇 （基幹型・協力型記入）	処遇の適用 （基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。）	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 病院独自の処遇とする。
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 396,000 円） 賞与／年（ 224,000 円） 二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 396,000 円） 賞与／年（ 335,000 円）
	勤務時間	基本的な勤務時間（ 8:30 ～ 17:15 ） 24時間表記 休憩時間（ 12:00～13:00 _____ ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無
	休暇	有給休暇（1年次： 10 日、 2年次： 11 日） 夏季休暇（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ） 年末年始（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ） その他休暇（具体的に： 一斉休業 3日間 _____ ）
	当直	回数（約 4～5 回／月）
	研修医の宿舎（再掲）	1. 有（単身用： 30 戸、世帯用： _____ 戸） 0. 無（住宅手当： 28,000 円）※上限 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。
	研修医室（再掲）	1. 有（ 2 室） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
	社会保険・労働保険	公的医療保険（ 文部科学省共済組合（短期給付） _____ ）
		公的年金保険（ 厚生年金 _____ ）
労働者災害補償保険法の適用（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 _____ ）		
	国家・地方公務員災害補償法の適用（ 1. 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 _____ ）	
	雇用保険（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 _____ ）	

## 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 6 －

病院施設番号：

030331

臨床研修病院の名称：

福井大学医学部附属病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

36. 研修医の処遇(続き) (基幹型・協力型記入)	健康管理	健康診断 ( 年 1 回 ) その他 ( 具体的に： )
	医師賠償責任保険の扱い	病院において加入 ( <input checked="" type="checkbox"/> する 0. しない ) 個人加入 ( 1. 強制 <input checked="" type="checkbox"/> 任意 )
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
		学会、研究会等への参加費用支給の有無： ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
	院内保育所(再掲)	院内保育所の有無 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ) 有を選択した場合、開所時間を記入してください ( 8:00 ~ 18:30 )
		病児保育 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
		夜間保育 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
		上記保育所は研修医の子どもにも使用可能か ( <input checked="" type="checkbox"/> 可 0. 不可 )
	保育補助(再掲)	ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 ( 1. 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 )
		その他の補助 ( 具体的に )
体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所(再掲)	休憩場所 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )	
	授乳スペース ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )	
その他育児関連施設・取組があれば記入(院外との連携した取組もあれば記入)(再掲)	( )	
研修医のライフイベントの相談窓口(再掲)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入 ( 福井大学臨床教育研修センター ) 窓口の専任担当 1. 有 ( ) 名 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
各種ハラスメントの相談窓口(再掲)	窓口の名称を記入 ( 福井大学総務部人事労務課 ) 窓口の専任担当 1. 有 ( ) 名 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
37. 研修医手帳(基幹型記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無	
38. 連携状況(基幹型記入)	* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。



年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－５－

病院施設番号：

030331

臨床研修病院の名称： 福井大学医学部附属病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	募集方法	1. 公募 2. その他（具体的に： ）	
	応募必要書類 （複数選択可）	1. 履歴書、 2. 卒業（見込み）証明書、 3. 成績証明書、 4. 健康診断書、 5. その他（具体的に： CBT試験結果）	
	選考方法 （複数選択可）	1. 面接 2. 筆記試験 その他（具体的に： 小論文）	
	募集及び選考の時期	募集時期： 6月1日 頃から 選考時期： 8月1日 頃から	
	マッチング利用の有無	1. 有 0. 無	
31. 研修プログラムの名称及び概要 （基幹型記入）		概要： * 別紙3に記入 （作成年月日： 2026年4月30日）	
32. プログラム責任者の氏名等（副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等） （基幹型記入） * プログラム責任者の履歴を様式A-2に記入 * 副プログラム責任者が配置されている場合には、副プログラム責任者の履歴を様式A-2に記入		（プログラム責任者） フリガナ トヤマ タツシ 氏名（姓） 遠山 （名） 直志 所属 福井大学医学部附属病院 役職 腎臓内科長 教授 （副プログラム責任者） 1. 有（名） 0. 無	
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全ての臨床研修指導医等（協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。）について氏名等を記入してください。		* 別紙4に記入	
34. インターネットを用いた評価システム		1. 有（ EPOC ・ その他（ ） ） 0. 無	
35. 研修開始時期 （基幹型・地域密着型記入）		2026年4月1日	
36. 研修医の処遇 （基幹型・協力型記入）	処遇の適用 （基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。）	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 病院独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 396,000 円 ） 賞与／年（ 224,000 円 ） 二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 396,000 円 ） 賞与／年（ 335,000 円 ）	
	勤務時間	基本的な勤務時間（ 8:30 ～ 17:15 ） 24時間表記 休憩時間（ 12:00～13:00 ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇（1年次： 10日、2年次： 11日） 夏季休暇（ 1. 有 0. 無 ） 年末年始（ 1. 有 0. 無 ） その他休暇（具体的に： 一斉休業 3日間）	
	当直	回数（約 4～5回／月）	
	研修医の宿舎（再掲）	1. 有（単身用： 30戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 28,000円）※上限 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 2室 ） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（文部科学省共済組合（短期給付））	（ ）
		公的年金保険（厚生年金）	（ ）
労働者災害補償保険法の適用（ 1. 有 0. 無 ）		（ 1. 有 0. 無 ）	
国家・地方公務員災害補償法の適用（ 1. 有 0. 無 ）		（ 1. 有 0. 無 ）	
	雇用保険（ 1. 有 0. 無 ）	（ 1. 有 0. 無 ）	

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 6 －

病院施設番号： 030331

臨床研修病院の名称： 福井大学医学部附属病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

36. 研修医の処遇(続き) (基幹型・協力型記入)	健康管理	健康診断 ( 年 1 回 ) その他 ( 具体的に： )
	医師賠償責任保険の扱い	病院において加入 ( <input checked="" type="checkbox"/> する 0. しない ) 個人加入 ( 1. 強制 <input checked="" type="checkbox"/> 任意 )
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
		学会、研究会等への参加費用支給の有無： ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
	院内保育所(再掲)	院内保育所の有無 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ) 有を選択した場合、開所時間を記入してください ( 8:00 ~ 18:30 )
		病児保育 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ) 夜間保育 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
		上記保育所は研修医の子どもに使用可能か ( <input checked="" type="checkbox"/> 可 0. 不可 )
	保育補助(再掲)	ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 ( 1. 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 )
		その他の補助 ( 具体的に )
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所(再掲)	休憩場所 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ) 授乳スペース ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
その他育児関連施設・取組があれば記入(院外との連携した取組もあれば記入)(再掲)	( )	
研修医のライフイベントの相談窓口(再掲)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入 ( 福井大学臨床教育研修センター ) 窓口の専任担当 1. 有 ( ) 名 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
各種ハラスメントの相談窓口(再掲)	窓口の名称を記入 ( 福井大学総務部人事労務課 ) 窓口の専任担当 1. 有 ( ) 名 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
37. 研修医手帳(基幹型記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無	
38. 連携状況(基幹型記入)	* 様式 A-6 に記入	

※欄は、記入しないこと。



年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 5 －

病院施設番号： 030331 臨床研修病院の名称： 福井大学医学部附属病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	募集方法	1. 公募 2. その他（具体的に： ）	
	応募必要書類 （複数選択可）	1. 履歴書、 2. 卒業（見込み）証明書、 3. 成績証明書、 4. 健康診断書、 5. その他（具体的に： CBT試験結果）	
	選考方法 （複数選択可）	1. 面接 2. 筆記試験 その他（具体的に： 小論文）	
	募集及び選考の時期	募集時期： 6月1日 頃から 選考時期： 8月1日 頃から	
	マッチング利用の有無	1. 有 0. 無	
31. 研修プログラムの名称及び概要 （基幹型記入）		概要： * 別紙3に記入 （作成年月日： 2026年4月30日）	
32. プログラム責任者の氏名等（副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等） （基幹型記入） * プログラム責任者の履歴を様式A-2に記入 * 副プログラム責任者が配置されている場合には、副プログラム責任者の履歴を様式A-2に記入		（プログラム責任者） フリガナ ニシヤマ ヤスヒロ 氏名（姓） 西山（名） 康弘 所属 福井大学医学部附属病院 役職 脳神経内科長・教授 （副プログラム責任者） 1. 有（名） 0. 無	
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全ての臨床研修指導医等（協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。）について氏名等を記入してください。		* 別紙4に記入	
34. インターネットを用いた評価システム		1. 有（ <input checked="" type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> その他（ ） ） 0. 無	
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）		2026年4月1日	
36. 研修医の処遇 （基幹型・協力型記入）	処遇の適用 （基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。）	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 病院独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 396,000 円 ） 賞与／年（ 224,000 円 ） 二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 396,000 円 ） 賞与／年（ 335,000 円 ）	
	勤務時間	基本的な勤務時間（ 8:30 ～ 17:15 ） 24時間表記 休憩時間（ 12:00～13:00 ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇（1年次： 10日、2年次： 11日） 夏季休暇（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ） 年末年始（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ） その他休暇（具体的に： 一斉休業 3日間）	
	当直	回数（約 4～5回／月）	
	研修医の宿舎（再掲）	1. 有（単身用： 30戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 28,000円） ※上限 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 2室 ） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（文部科学省共済組合（短期給付））	（ ）
		公的年金保険（厚生年金）	（ ）
労働者災害補償保険法の適用（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ）		（ 1. 有 0. 無 ）	
	国家・地方公務員災害補償法の適用（ 1. 有 0. 無 ）	（ 1. 有 0. 無 ）	
	雇用保険（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ）	（ 1. 有 0. 無 ）	

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 6 －

病院施設番号： 030331

臨床研修病院の名称： 福井大学医学部附属病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

36. 研修医の処遇(続き) (基幹型・協力型記入)	健康管理	健康診断 ( 年 1 回 ) その他 ( 具体的に： )
	医師賠償責任保険の扱い	病院において加入 ( 1. する 0. しない ) 個人加入 ( 1. 強制 0. 任意 )
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： ( 1. 有 0. 無 )
		学会、研究会等への参加費用支給の有無： ( 1. 有 0. 無 )
	院内保育所(再掲)	院内保育所の有無 ( 1. 有 0. 無 ) 有を選択した場合、開所時間を記入してください ( 8:00 ~ 18:30 )
		病児保育 ( 1. 有 0. 無 ) 夜間保育 ( 1. 有 0. 無 )
		上記保育所は研修医の子どもに使用可能か ( 1. 可 0. 不可 )
	保育補助(再掲)	ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 ( 1. 有 0. 無 )
		その他の補助 ( 具体的に )
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所(再掲)	休憩場所 ( 1. 有 0. 無 ) 授乳スペース ( 1. 有 0. 無 )
その他育児関連施設・取組があれば記入(院外との連携した取組もあれば記入)(再掲)	( )	
研修医のライフイベントの相談窓口(再掲)	1. 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入 ( 福井大学臨床教育研修センター ) 窓口の専任担当 1. 有 ( ) 名 0. 無	
各種ハラスメントの相談窓口(再掲)	窓口の名称を記入 ( 福井大学総務部人事労務課 ) 窓口の専任担当 1. 有 ( ) 名 0. 無	
37. 研修医手帳(基幹型記入)	1. 有 0. 無	
38. 連携状況(基幹型記入)	* 様式 A-6 に記入	

※欄は、記入しないこと。

## 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－４－

病院施設番号： 030331 臨床研修病院の名称： 福井大学医学部附属病院

※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

28. 研修プログラムの名称 <small>(基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。</small>	研修プログラムの名称： 福井大学小児科重点プログラム プログラム番号： 0030331524				
29. 研修医の募集定員 <small>(基幹型記入)</small>	1 年次： 2 名      2 年次： 2 名				
30. 研修医の募集及び採用の方法 <small>(基幹型記入)</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">研修プログラムに関する問い合わせ先</td> <td style="padding: 2px;">                             フリガナ ナカタ ヒロキ                              氏名(姓) 中田 (名) 裕基                              所属 病院部総務課 役職 一般職員                              電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224                              e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp                              URL： <a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">資料請求先</td> <td style="padding: 2px;">                             住所 吉田郡永平寺町松岡下合月23-3                              〒： 910-1193                              担当部門 担当者氏名                              フリガナ ナカタ ヒロキ                              姓 中田 名 裕基                              電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224                              e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp                              URL： <a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a> </td> </tr> </table>	研修プログラムに関する問い合わせ先	フリガナ ナカタ ヒロキ 氏名(姓) 中田 (名) 裕基 所属 病院部総務課 役職 一般職員 電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224 e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp URL： <a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a>	資料請求先	住所 吉田郡永平寺町松岡下合月23-3 〒： 910-1193 担当部門 担当者氏名 フリガナ ナカタ ヒロキ 姓 中田 名 裕基 電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224 e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp URL： <a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a>
研修プログラムに関する問い合わせ先	フリガナ ナカタ ヒロキ 氏名(姓) 中田 (名) 裕基 所属 病院部総務課 役職 一般職員 電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224 e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp URL： <a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a>				
資料請求先	住所 吉田郡永平寺町松岡下合月23-3 〒： 910-1193 担当部門 担当者氏名 フリガナ ナカタ ヒロキ 姓 中田 名 裕基 電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224 e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp URL： <a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a>				

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－５－

病院施設番号： 030331 臨床研修病院の名称： 福井大学医学部附属病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	募集方法	1. 公募 2. その他（具体的に： ）	
	応募必要書類 （複数選択可）	1. 履歴書、 2. 卒業（見込み）証明書、 3. 成績証明書、 4. 健康診断書、 5. その他（具体的に： CBT試験結果）	
	選考方法 （複数選択可）	1. 面接 2. 筆記試験 その他（具体的に： 小論文）	
	募集及び選考の時期	募集時期： 6月1日 頃から 選考時期： 8月1日 頃から	
	マッチング利用の有無	1. 有 0. 無	
31. 研修プログラムの名称及び概要 （基幹型記入）		概要： * 別紙3に記入 （作成年月日： 2026年4月30日）	
32. プログラム責任者の氏名等（副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等） （基幹型記入） * プログラム責任者の履歴を様式A-2に記入 * 副プログラム責任者が配置されている場合には、副プログラム責任者の履歴を様式A-2に記入		（プログラム責任者） フリガナ うめだ かつが 氏名（姓） 梅田（名） 雄嗣 所属 福井大学医学部附属病院 役職 小児科長・教授 （副プログラム責任者） 1. 有（名） 0. 無	
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全ての臨床研修指導医等（協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。）について氏名等を記入してください。		* 別紙4に記入	
34. インターネットを用いた評価システム		1. 有（ EPOC ・ その他（ ） ） 0. 無	
35. 研修開始時期 （基幹型・地域密着型記入）		2026年4月1日	
36. 研修医の処遇 （基幹型・協力型記入）	処遇の適用 （基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。）	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 病院独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 396,000 円 ） 賞与／年（ 224,000 円 ） 二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 396,000 円 ） 賞与／年（ 335,000 円 ）	
	勤務時間	基本的な勤務時間（ 8:30 ～ 17:15 ） 24時間表記 休憩時間（ 12:00～13:00 ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇（1年次： 10日、2年次： 11日） 夏季休暇（ 1. 有 0. 無 ） 年末年始（ 1. 有 0. 無 ） その他休暇（具体的に： 一斉休業 3日間）	
	当直	回数（約 4～5 回／月）	
	研修医の宿舎（再掲）	1. 有（単身用： 30 戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 28,000 円） ※上限 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 2 室 ） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（文部科学省共済組合（短期給付））	（ ）
		公的年金保険（厚生年金）	（ ）
労働者災害補償保険法の適用（ 1. 有 0. 無 ）		（ 1. 有 0. 無 ）	
国家・地方公務員災害補償法の適用（ 1. 有 0. 無 ）		（ 1. 有 0. 無 ）	
	雇用保険（ 1. 有 0. 無 ）	（ 1. 有 0. 無 ）	

## 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 6 －

病院施設番号： 030331

臨床研修病院の名称： 福井大学医学部附属病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

36. 研修医の処遇(続き) (基幹型・協力型記入)	健康管理	健康診断 (年 1 回 ) その他 (具体的に: )
	医師賠償責任保険の扱い	病院において加入 ( <input checked="" type="checkbox"/> する 0. しない ) 個人加入 ( 1. 強制 <input checked="" type="checkbox"/> 任意 )
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加: ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
		学会、研究会等への参加費用支給の有無: ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
	院内保育所(再掲)	院内保育所の有無 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ) 有を選択した場合、開所時間を記入してください ( 8:00 ~ 18:30 )
		病児保育 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ) 夜間保育 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
		上記保育所は研修医の子どもに使用可能か ( <input checked="" type="checkbox"/> 可 0. 不可 )
	保育補助(再掲)	ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 ( 1. 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 )
		その他の補助 (具体的に )
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所(再掲)	休憩場所 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ) 授乳スペース ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
その他育児関連施設・取組があれば記入(院外との連携した取組もあれば記入)(再掲)	( )	
研修医のライフイベントの相談窓口(再掲)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入 (福井大学臨床教育研修センター) 窓口の専任担当 1. 有 ( ) 名 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
各種ハラスメントの相談窓口(再掲)	窓口の名称を記入 (福井大学総務部人事労務課) 窓口の専任担当 1. 有 ( ) 名 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
37. 研修医手帳(基幹型記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無	
38. 連携状況(基幹型記入)	* 様式 A-6 に記入	

※欄は、記入しないこと。

## 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－４－

病院施設番号： 030331 臨床研修病院の名称： 福井大学医学部附属病院

※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

28. 研修プログラムの名称 <small>(基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。</small>	研修プログラムの名称： 福井大学産婦人科プログラム プログラム番号： 0003033125				
29. 研修医の募集定員 <small>(基幹型記入)</small>	1年次： 2 名      2年次： 2 名				
30. 研修医の募集及び採用の方法 <small>(基幹型記入)</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">研修プログラムに関する問い合わせ先</td> <td style="padding: 2px;">                             フリガナ ナカタ ヒロキ                              氏名(姓) 中田 (名) 裕基                              所属 病院部総務課 役職 一般職員                              電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224                              e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp                              URL： <a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">資料請求先</td> <td style="padding: 2px;">                             住所 吉田郡永平寺町松岡下合月23-3                              〒： 910-1193                              担当部門 担当者氏名                              フリガナ ナカタ ヒロキ                              姓 中田 名 裕基                              電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224                              e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp                              URL： <a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a> </td> </tr> </table>	研修プログラムに関する問い合わせ先	フリガナ ナカタ ヒロキ 氏名(姓) 中田 (名) 裕基 所属 病院部総務課 役職 一般職員 電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224 e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp URL： <a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a>	資料請求先	住所 吉田郡永平寺町松岡下合月23-3 〒： 910-1193 担当部門 担当者氏名 フリガナ ナカタ ヒロキ 姓 中田 名 裕基 電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224 e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp URL： <a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a>
研修プログラムに関する問い合わせ先	フリガナ ナカタ ヒロキ 氏名(姓) 中田 (名) 裕基 所属 病院部総務課 役職 一般職員 電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224 e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp URL： <a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a>				
資料請求先	住所 吉田郡永平寺町松岡下合月23-3 〒： 910-1193 担当部門 担当者氏名 フリガナ ナカタ ヒロキ 姓 中田 名 裕基 電話： (0776) 61-8600 FAX： (0776) 61-8224 e-mail： sotsugo@med.u-fukui.ac.jp URL： <a href="http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/">http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/</a>				

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－５－

病院施設番号： 030331 臨床研修病院の名称： 福井大学医学部附属病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	募集方法	1. 公募 2. その他（具体的に： ）	
	応募必要書類 （複数選択可）	1. 履歴書、 2. 卒業（見込み）証明書、 3. 成績証明書、 4. 健康診断書、 5. その他（具体的に： CBT試験結果）	
	選考方法 （複数選択可）	1. 面接 2. 筆記試験 その他（具体的に： 小論文）	
	募集及び選考の時期	募集時期： 6月1日 頃から 選考時期： 8月1日 頃から	
	マッチング利用の有無	1. 有 0. 無	
31. 研修プログラムの名称及び概要 （基幹型記入）	概要： * 別紙3に記入 （作成年月日： 2025年4月30日）		
32. プログラム責任者の氏名等（副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等） （基幹型記入） * プログラム責任者の履歴を様式A-2に記入 * 副プログラム責任者が配置されている場合には、副プログラム責任者の履歴を様式A-2に記入	（プログラム責任者） フリガナ ヤマガタ ナキ 氏名（姓） 山田（名） 直樹 所属 福井大学医学部附属病院 役職 救急部・講師		
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全ての臨床研修指導医等（協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。）について氏名等を記入してください。	* 別紙4に記入		
34. インターネットを用いた評価システム	1. 有（ <input checked="" type="checkbox"/> EPOC ・ その他（ ） ） 0. 無		
35. 研修開始時期 （基幹型・地域密着型記入）	2026年4月1日		
36. 研修医の処遇 （基幹型・協力型記入）	処遇の適用 （基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。）	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 1を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 2. 病院独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 396,000 円 ） 賞与／年（ 224,000 円 ） 二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 396,000 円 ） 賞与／年（ 335,000 円 ）	
	勤務時間	基本的な勤務時間（ 8:30 ～ 17:15 ） 24時間表記 休憩時間（ 12:00～13:00 ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇	有給休暇（1年次： 10日、2年次： 11日） 夏季休暇（ 1. 有 0. 無 ） 年末年始（ 1. 有 0. 無 ） その他休暇（具体的に： 一斉休業 3日間）	
	当直	回数（約 4～5回／月）	
	研修医の宿舎（再掲）	1. 有（単身用： 30戸、世帯用： 戸） 0. 無（住宅手当： 28,000円） ※上限 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「0」と記入してください。	
	研修医室（再掲）	1. 有（ 2室 ） 0. 無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険（文部科学省共済組合（短期給付））	（ ）
		公的年金保険（厚生年金）	（ ）
労働者災害補償保険法の適用（ 1. 有 0. 無 ）		（ 1. 有 0. 無 ）	
	国家・地方公務員災害補償法の適用（ 1. 有 0. 無 ）	（ 1. 有 0. 無 ）	
	雇用保険（ 1. 有 0. 無 ）	（ 1. 有 0. 無 ）	

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 6 －

病院施設番号： 030331

臨床研修病院の名称： 福井大学医学部附属病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

36. 研修医の処遇(続き) (基幹型・協力型記入)	健康管理	健康診断 ( 年 1 回 ) その他 ( 具体的に： )
	医師賠償責任保険の扱い	病院において加入 ( <input checked="" type="checkbox"/> する 0. しない ) 個人加入 ( 1. 強制 <input checked="" type="checkbox"/> 任意 )
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
		学会、研究会等への参加費用支給の有無： ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
	院内保育所(再掲)	院内保育所の有無 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ) 有を選択した場合、開所時間を記入してください ( 8:00 ~ 18:30 )
		病児保育 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ) 夜間保育 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
		上記保育所は研修医の子どもに使用可能か ( <input checked="" type="checkbox"/> 可 0. 不可 )
	保育補助(再掲)	ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 ( 1. 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 )
		その他の補助 ( 具体的に )
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所(再掲)	休憩場所 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 ) 授乳スペース ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 )
その他育児関連施設・取組があれば記入(院外との連携した取組もあれば記入)(再掲)	( )	
研修医のライフイベントの相談窓口(再掲)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入 ( 福井大学臨床教育研修センター ) 窓口の専任担当 1. 有 ( ) 名 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
各種ハラスメントの相談窓口(再掲)	窓口の名称を記入 ( 福井大学総務部人事労務課 ) 窓口の専任担当 1. 有 ( ) 名 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
37. 研修医手帳(基幹型記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無	
38. 連携状況(基幹型記入)	* 様式 A-6 に記入	

※欄は、記入しないこと。