

別記様式第 1 号

年 月 日

農林水産大臣 あて

申 請 者 (診療施設の開設者)

所 在 地

代表者氏名

印

産業動物臨床研修診療施設の指定申請について

下記の診療施設について、獣医師法第 16 条の 2 の規定に基づく臨床研修を行う診療施設として指定を受けたいので、別添調査表を添え申請します。

記

診療施設の名称

所 在 地

診療施設の管理者氏名

別記様式第2号

年 月 日

農林水産大臣 あて

申請者（基幹診療施設の開設者）
所在地
代表者氏名

印

産業動物臨床研修診療施設群の指定申請について

下記の診療施設について、獣医師法第16条の2の規定に基づく臨床研修を行う診療施設として指定を受けたいので、別添調査表を添え申請します。

記

診療施設群の名称： _____

診療施設名	開設者名	所在地
(基幹診療施設)		
(その他の診療施設)		

注) 基幹診療施設の開設者は、診療施設群として指定を受けようとする各診療施設と協議の上、代表して申請を行うこと。

調 査 表

1 作成責任者	所属： _____ 氏名： _____ 連絡先： TEL _____ E-mail _____							
2 診療施設名	所属： _____	所在地： _____						
3 診療施設開設年月日	年 月 日							
4 診療獣医師数： _____ 人（うち指導獣医師数： _____ 人） [指導獣医師については別紙略歴書を添付]								
5 研修指導責任者[別紙略歴書を添付]	所属： _____	氏名： _____						
6 病歴の管理 ①診療簿等の保管期間 _____ 年 ②管理状況及び利用状況 [日常の診療における活用方法等具体的に記入]								
7 年間診療件数 [過去3年間の実績、単位：頭羽数]								
	牛	馬	豚	めん山羊	鶏	犬	猫	その他
年度								
年度								
年度								
平均①								
①/診療に従事する獣医数								
8 剖検の実施状況 [家保等へ患畜等の剖検を依頼し、診療施設の獣医師が剖検に全く関与しない場合を除き、往診先で実施する場合を含む。] ①剖検の実施の有無（有・無） [①が有の場合] ②実施場所（自施設、他施設（具体的名称： _____ ）、併用） ③自施設における剖検施設 ア 解剖室の有無（有・無） イ 焼却炉の有無（有・無） ④年間実施件数 [過去3年間の実績、単位：頭羽数]								
	牛	馬	豚	めん山羊	鶏	犬	猫	その他
年度	自施設							
	他施設							
年度	自施設							
	他施設							
年度	自施設							
	他施設							
平均	自施設							
	他施設							

③調剤室の有無（有・無）

[③が有の場合]

調剤室数： カ所、合計面積： m²

④主な研修機器の整備状況 [ビデオ、スライドプロジェクター等]

⑤臨床研修に利用できる部屋の有無（有・無）

[⑤が有の場合]

室数： カ所、収容能力： 人

⑥主な診療用機器の整備状況 [9の⑤、10の④の機器を除く。概ね50万円以上の物品を記入。]

⑦診療車台数（ ）台

1 2 臨床研修用図書、資料

①図書室の有無（有・無）

②図書、資料の整備状況

図書数： 冊

雑誌数： 種類、合計 冊

③図書、資料の管理及び活用状況 [日常の診療における活用方法等具体的に記入]

1 3 臨床研修の実施状況 [別添臨床研修実施状況調査表を添付]

1 4 臨床研修受講獣医師の宿舎 [自組織以外の施設の借り上げ等を含む]

①設置の有無（有・無）

[①が有の場合]

宿泊施設の整備状況

	自施設・外部施設の別	収容人数	食事の有無	宿泊費用 [食事代を含む。]
(施設名)	(①自施設 ・ ②外部施設)	人	(①賄い有り・ ②自炊施設有・ ③自炊施設無)	

1 5 研修委員会

(1) 研修委員会の構成

委員会責任者：氏名

(所属：)

委員会構成員：氏名

(所属：)

氏名

(所属：)

氏名

(所属：)

(2) 研修委員会の開催回数： 回／年

1 6 研修計画

記入上の注意) 1 指定を受けようとする診療施設毎に作成すること。
2 1 5 及び 1 6 の事項は基幹診療施設が記入すること。

臨床研修実施状況調査表

() 年度

研修名	実施期間	対象者	受講者数	研修の実施方法及び主な内容
			() 人	
			() 人	
			() 人	
			() 人	
			() 人	
			() 人	

- 記入上の注意)
- 1 新規採用者に対する過去3年間の臨床研修の実施状況を記入する。
 - 2 年度毎に別葉として作成する。
 - 3 研修名が特に無い場合は、内容が判るように適宜記入する。
 - 4 研修の実施方法とは、研修施設を利用した講義及び実習、診療所における診療実習等の研修方法及びその期間を記入する。
 - 5 受講者数の欄の()内には自組織以外の受講者を記入する。但し、農業共済組合連合会において実施する臨床研修について傘下の組合に所属する獣医師を対象とした場合は、自組織に含めるものとする。

指導獣医師（研修指導責任者）略歴書

ふりがな氏名	生年月日	年 月 日 満 () 才	獣医師免許 取得年月日	年 月 日 免許番号：
年 月	略 歴			
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				

- 記入上の注意)
- 1 指導獣医師及び研修指導責任者毎に作成する。
 - 2 獣医師免許取得から現在までの臨床経験、研修歴、学会発表等は別紙に明記すること。

指導獣医師（研修指導責任者）略歴書別紙

獣医師氏名：

診療施設における診療業務の経歴

臨床経験年数： 年

期 間			診療施設名・住所		
年	月	日～	年	月	日
					(住所)
年	月	日～	年	月	日
					(住所)
年	月	日～	年	月	日
					(住所)

研修歴（防疫演習、畜産物の安全性に関する講習会等含む。）、学会発表等

年月日

内容（簡潔に記載）

別記様式第3号

年 月 日

農林水産大臣 あて

所在地

診療施設の開設者*

印

小動物臨床研修診療施設（単独型臨床研修施設）の指定申請について

下記の診療施設について、獣医師法第16条の2の規定に基づく臨床研修を行う診療施設として指定を受けたいので、別添調査表を添え申請します。

記

診療施設の名称

所在地

診療施設の管理者氏名

* 開設者が法人である場合、代表者氏名を併記すること。

年 月 日

農林水産大臣 あて

申請者（基幹診療施設の開設者）

所在地

代表者氏名

印

小動物臨床研修診療施設（協力型臨床研修施設）の指定申請について

下記の診療施設について、獣医師法第16条の2の規定に基づく臨床研修を行う診療施設として指定を受けたいので、別添調査表を添え申請します。

記

協力型臨床研修施設の名称： _____

診療施設名	開設者名	所在地
（基幹診療施設）		
（その他の診療施設）		

注）基幹診療施設の開設者は、協力型臨床研修施設として指定を受けようとする各診療施設と協議の上、代表して申請を行うこと。

調査表

(平成 年 月現在)

1 作成責任者	所属： 連絡先：TEL	氏名： E-mail
2 診療施設	施設名：	開設者の名称：
3 診療施設開設年月日	年	月 日
4 研修プログラム 研修目標、研修計画、指導体制及びその他必要な事項を定めたプログラム (添付すること)		
5 研修プログラムの管理及び評価並びに研修獣医師の研修目標達成度の評価を行う体制 (1) 研修委員会の構成 委員会責任者 : 氏名 (所属 :) 委員会構成員 : 氏名 (所属 :) 氏名 (所属 :) 氏名 (所属 :) (2) 研修委員会の開催回数 : 回/年 (3) 研修獣医師の研修目標達成度の評価方法 (具体的な内容) :		

(4) 合同症例検討会の開催計画		
(5) 獣医師の往来 (獣医師の派遣や診療援助などの状況)		
(6) 医療機器の共同利用 (CTやMRIなど、医療機器の共同利用の実績)		

6 常に勤務する獣医師の数： 人（うち指導獣医師数* 人）
 研修指導責任者氏名：
 [*指導獣医師については、別紙略歴書を添付すること]

7 病歴の管理

- ①診療簿等の保存期間： 年
- ②診療簿の管理状況：（書面による保存・電子的保存）
- ③利用状況（症例についての集計・解析状況等）：

8 年間の診療件数

動物種	犬				猫			
	全件数	予防注射	寄生虫予防	手術	全件数	予防注射	寄生虫予防	手術
平成 年度								
平成 年度								
平成 年度								
動物種	小鳥				その他**			
	全件数	予防注射	寄生虫予防	手術	全件数	予防注射	寄生虫予防	手術
平成 年度								
平成 年度								
平成 年度								

**その他の動物内訳（全件数）

- ①動物種： 件数：
- ②動物種： 件数：
- ③動物種： 件数：

9 診療施設が所有している検査機器

血液・尿・糞便検査用機器 ()

エックス線装置 ()

画像診断機器 ()

その他医療機器 ()

外部に検査等を委託する体制
()

10 検案を行い得る体制 (具体的な内容)

11 その他施設等

①手術施設 (有・無)

手術室に装備されている医療機器

()

②入院施設 (有・無)

収容能力 (収容可能動物種: 、収容頭数: 頭)

伝染性疾病用収容施設 (有・無)

③調剤を行う施設 (有・無)

採光、照明及び換気の状態 ()

冷暗貯蔵設備 (有・無) (概要:)

④消毒設備 (有・無) (概要:)

⑤図書及び資料の整備 (有・無)

図書室 (有・無) (専用の図書室は要件としない)

図書数: 冊

(主な図書:)

雑誌数: 種類

(主な雑誌:)

購入する図書及び雑誌の費用 (およそ 円/年)

⑥獣医師以外の雇用者人数: 人

1 2 大学の診療施設との連携

大学の診療施設の名称：

大学との連携が必要な理由：

大学との連携により補完される要件等：

その他（合同症例検討会の開催計画等）：

- 記入上の注意）
- 1 指定を受けようとする診療施設毎に作成すること。
 - 2 単独型臨床研修施設にあつては5（4）～（6）及び1 2の事項を記入する必要はない。
 - 3 協力型臨床研修施設にあつては、4、5及び1 2の事項は基幹診療施設が記入すること。

(別紙)

略 歴 書

獣医師氏名：

獣医師名簿の登録事項

登録番号：

登録年月日：

診療施設における診療業務の経歴

臨床経験年数： 年

期 間

診療施設名・住所

年 月 日～ 年 月 日

(住所)

年 月 日～ 年 月 日

(住所)

年 月 日～ 年 月 日

(住所)

獣医学に関する学会・研究会の所属及び活動状況

所属学会・研究会

入会年月日

学会名

年 月 日

研修の受講状況

受講年月日

学会名

研修名

年 月 日

学会・研究会による認定状況

認定年月日

学会名

認定状況

年 月 日

過去3年間の学会発表等*

発表年月日

学会名 (開催場所)

演題名

過去3年間の論文発表**

掲載年月

雑誌名

論文名

*要旨を添付すること。 **別刷りを添付すること。

別記様式第5号

年 月 日

農林水産大臣 へ

所在地

診療施設の開設者*

印

小動物診療に関する臨床研修の実施状況等について（報告）

下記の診療施設における平成 年度における臨床研修の実施状況を別添のとおり報告します。

記

診療施設の名称

所在地

診療施設の管理者氏名

*開設者が法人である場合、代表者氏名を併記すること。

(別添)

臨床研修実施状況等調査表

(年度)

研修獣医師氏名 (登録番号)	臨床研修期間	研修の主な内容

研修委員会の実施状況及び概要

1 研修委員会の開催日時及び主な議題 年 月 日 (主な議題) 年 月 日 (主な議題) 年 月 日 (主な議題)
2 研修プログラムの管理及び評価
3 研修獣医師の研修目標達成度の評価