

「臨床研修の期間を証明する書類」について

申請書作成要領に記載のとおり、採用年度の4月1日現在35歳以上37歳未満の申請者については、標記の書類を添付することが必要です。その際、添付する書類の必要記載事項等を以降に示します。

【作成要領より】

「臨床研修の期間を証明する書類」【該当者のみ】……………1部

医師法、歯科医師法又は獣医師法に定められた臨床研修を修了した者のうち医学、歯学又は獣医学を履修する我が国の4年制の博士課程在学者又は修了者で、採用年度の4月1日現在35歳以上37歳未満である申請者は、当該臨床研修を修了した機関等から発行された証明書類を添付してください（申請書原本にのみ添付）。

当該証明書類は、「医師法、歯科医師法又は獣医師法16条の2に基づく臨床研修であること」、「当該臨床研修を修了したこと」及び「臨床研修の期間」が明記されたものとします。臨床研修病院から交付された「臨床研修修了証」の写しをもって代えても構いません。

臨床研修を行ったが、修了まで至っていない場合は該当しません。研修期間等必要事項については、下表を参照してください。

| 根拠となる法律 | 採用開始日 現在の年齢 | 研修期間等の必要事項 |
|---------|----------------|--|
| 医師法 | 36歳以上 37歳未満 | <u>平成12年改正医師法に基づく2年以上の臨床研修（平成16年4月1日の施行日以降に行われた初期臨床研修）を修了した者</u> |
| | 35歳以上 36歳未満 | <u>平成12年改正前の医師法に基づく1年以上の臨床研修を修了した者、</u> 又は、 <u>平成12年改正医師法に基づく2年以上の臨床研修（平成16年4月1日の施行日以降に行われた初期臨床研修）を修了した者</u> |
| 歯科医師法 | 35歳以上 36歳未満 | <u>1年以上の臨床研修を修了した者【平成18年3月31日以前より行われた平成12年改正前の歯科医師法の努力義務規定に基づく研修を含む】</u> |
| 獣医師法 | 35歳以上 36歳未満 | <u>6月以上の臨床研修を修了した者【獣医師法に基づく研修】</u> |

なお、採用年度の4月1日現在35歳未満である者は、当該臨床研修を修了していても、当該証明書類は添付不要です。

赤下線と**青下線**のものでは、取扱いが異なりますので、ご自身でいずれに該当するか以下を参照し確認された上で申請し、必要事項の全て記載された証明書類を添付してください。

○医師法（平成12年改正医師法に基づく2年以上の臨床研修を修了した者）

上記に該当する方については、証明書類の必要条件は以下の5点です。

- ① 下記のフォーマットであること
- ② 9桁のプログラム番号が明記されていること
- ③ 臨床研修の期間として、平成16年4月1日以降より2年以上実施されていることが確認できること。
- ④ 当該臨床研修を「修了した」旨の記載があること
- ⑤ 施設長（病院長等）の公印があること。

※いわゆる初期臨床研修（卒後臨床研修の中でも初期の期間）を平成16年4月1日以降から開始し修了している者が、「平成12年改正医師法に基づく2年以上の臨床研修を修了した者」に該当します。当該期間に「後期研修」や「専門研修」、「専門医研修」などの臨床研修を行っていても、当該期間より前に臨床研修を行ったことがある場合は、「平成12年改正前の医師法に基づく1年以上の臨床研修を修了した者」に該当しますので次ページ以降を参照してください。

① 厚生労働省が定めている、この形式の修了証である。
様式14

臨床研修修了証

| | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------|
| <small>ふりがな</small> 研修医の氏名 | | |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 | |
| 医籍登録番号 及び登録年月日 | 第 平成 年 月 号 日 | |
| 修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称 | プログラム番号 | 研修プログラムの名称 |
| 研修開始年月日 及び研修修了年月日 | 平成 年 月 日開始 平成 年 月 日修了 | |
| 臨床研修を行った臨床研修病院の病院施設番号及び名称 | 病院施設番号 | 基幹型臨床研修病院の名称 |
| | 協力型臨床研修病院の名称 | |
| 臨床研修協力施設で研修を行った場合にはその名称 | | |

※研修中断により複数のプログラムを履修した場合には、修了認定を行った以外のプログラム及び当該プログラムを履修した病院の名称について、別紙に記載すること。

上の者は、〇〇プログラムの課程を修了した、とを認定する。

平成 年 月 日

〇〇病院 院長
印

〇〇病院研修管理委員会委員長
印

② 9桁のプログラム番号が記載されている。
③ 平成16年4月1日以降より2年間である。
④ 「修了した」旨が明記されている。
⑤ 施設長の公印がある。

提出の際は、コピーで可。

○医師法：平成12年改正前の医師法に基づく1年以上の臨床研修を修了した者

○歯科医師法：1年以上の臨床研修を修了した者

○獣医師法：6ヶ月以上の臨床研修を修了した者

上記3つのいずれかに該当する方については、証明書類の必要記載事項は以下の4点です。

① 「臨床研修」である旨の記載

ここで指すのは、医師法、歯科医師法又は獣医師法16条の2に基づく臨床研修です。
ただし、証明書類に「16条の2に基づく」という記載は必須ではありません。

② 当該臨床研修を「修了した」旨の記載。

歯科医師において、義務化後の平成18年4月以降に受けた臨床研修の場合は必須。
それ以外の場合は無くても良い。

③ 臨床研修の期間（合算して指定の年月以上実施されていることが必要）

一つの機関で行った臨床研修では指定の年月に満たない場合には、他の機関における臨床研修の証明書類と合わせて複数添付し合算することでも可。

④ 施設長（病院長等）の公印

なお、提出する際は、

- ・証明書の場合には、コピーではなく原本を提出してください。
- ・認定証（書）や修了証、研修手帳など一度しか発行できないもの場合には、コピーで構いません。

以降、サンプルを示します。

<例1>

証明書

ふりがな
1. 氏名
2. 生年月日
3. 勤務期間等

| 勤務期間 | 一か月の平均所定勤務日数 | 一日の平均所定勤務時間 |
|---------------------|--------------|-------------|
| 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | 日 | 時間 分 |
| 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | 日 | 時間 分 |
| 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | 日 | 時間 分 |

4. 従事した科・職務の内容
① 医師（研修医）として において
臨床研修に従事した。

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

平成 年 月 日
④ ○○○○○○○○
○○○大学医学部附属病院長
○○ ○○○ 印

② 「修了」については、義務化後の歯科医師の臨床研修以外は省略可。

③ 指定の年月以上である。
(満たない場合は、他機関での証明書類も合わせて提出し、合算して満たすようにする。)

④ 施設長の公印がある。

証明書の場合には、原本を提出。

勤務等ではなく、「臨床研修」であることが確認できる。

<例2>

第 〇 子

臨床研修修了認定書

氏名 〇〇〇〇

医師登録番号 〇〇〇〇 子

昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日生

財団法人 〇〇〇〇 病院 消化器内科

〇〇〇〇 として ① 臨床研修 ② の所定の課程を
修了しましたのでこれを認定します

研修期間 自 平成 15 年 6 月 1 日
至 平成 18 年 3 月 31 日

平成 18 年 3 月 31 日

財団法人 〇〇〇〇 病院 院長
〇〇〇〇 印

認定証(書)や修了証などの場合には、コピーで可。

「臨床研修」であることが確認できる。

指定の年月以上である。
(満たない場合は、他機関での証明書類も合わせて提出し、合算して満たすようにする。)

「修了した」旨が確認できる。

施設長の公印がある。

<例3> 研修の手帳で、「研修歴」というページに研修期間や施設長(病院長等)の公印があるものでも可。

① 研修歴

〇〇〇医 氏名 申請 太郎
生年月日 S00年 00月 00日
卒業年次 〇〇大学 H12年卒業

H13年 5月 16日~H14年 5月 15日
施設名 〇〇市立〇〇病院
施設長名 〇〇市立〇〇病院長 院長 太郎 印
認定施設 非認定施設
特記すべき研修の内容(〇印)
一般 小児 リウマチ リハビリテーション
その他()
主たる指導医名(署名) 指導 太郎 印
整形外科専門医 整形外科専門医ではない

H14年 5月 16日~H15年 5月 15日
施設名 △△△病院
施設長名 △△△病院長 院長 二郎 印
認定施設 非認定施設
特記すべき研修の内容(〇印)
一般 小児 リウマチ リハビリテーション
その他()
主たる指導医名(署名) 指導 二郎 印
整形外科専門医 整形外科専門医ではない

H15年 5月 16日~H16年 5月 15日
施設名 〇〇市立〇〇病院
施設長名 〇〇市立〇〇病院長 院長 三郎
施設 非認定施設
特記すべき研修の内容(〇印)
一般 小児 リウマチ リハビリテーション
その他()
主たる指導医名(署名) 指導 太郎 印
整形外科専門医 整形外科専門医ではない

H16年 5月 16日~H17年 5月 15日
施設名 〇〇市立〇〇病院
施設長名 〇〇市立〇〇病院長 院長 花子 印
施設 非認定施設
特記すべき研修の内容(〇印)
一般 小児 リウマチ リハビリテーション
その他()
主たる指導医名(署名) 指導 太郎 印
整形外科専門医 整形外科専門医ではない

H17年 5月 16日~年月日
施設名
施設長名

「臨床研修」であることが確認できる。

研修手帳の場合、該当箇所のコピーで可。

③ H13年 5月 16日~H14年 5月 15日
施設名 〇〇市立〇〇病院
施設長名 〇〇市立〇〇病院長 院長 太郎 印

施設長の公印がある。

合算して指定の年月以上である。
(満たない場合は、他機関での証明書類も合わせて提出し、合算して満たすようにする。)

② 「修了」については、義務化後の歯科医師の臨床研修以外は省略可。