**MDD認定施設 申請書類**

申請日：（西暦） 　年　 　月　 　日

施設名：

住所：〒

担当者：

連絡先（電話番号）：

日本専門医機構呼吸器内科領域専門研修プログラム

専門施設区分： 　基幹施設 ・ 連携施設

（※◯で囲ってください。）

施設で実施するMDDの体制： （それぞれの認定医と体制を揃えて提出してください。）

【MDD構成員リスト】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MDD認定医名 | MDD認定医番号 | 認定された役割 1)◯で囲ってください。 | 所属施設 2) | 主たるMDD実施方法 3)◯で囲ってください。 |
| 例：呼吸太郎 | 000001 | C・R・P |  | 対面・Web |
|  |  | C・R・P |  | 対面・Web |
|  |  | C・R・P |  | 対面・Web |
|  |  | C・R・P |  | 対面・Web |
|  |  | C・R・P |  | 対面・Web |
|  |  | C・R・P |  | 対面・Web |
|  |  | C・R・P |  | 対面・Web |

1. C：呼吸器内科医、R：放射線科医、P：病理医
2. 申請施設と異なる場合に記載。
3. **Webで実施する場合、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。**

提出先：

〒113-0033

東京都文京区本郷3-28-8　日内会館7F

一般社団法人日本呼吸器学会MDD委員会

MDD認定施設申請　受付係

TEL：03-5805-3553　　FAX：03-5805-3554