**整備基準記載様式（赤字は項目の説明）**

**申請年月日：2021年　月　日**

**申請団体名称：**

**申請するサブスペシャルティ領域専門医像：第　群**

精神科サブスペシャルティ整備指針2ページの

『ⅠPSSBが承認するサブスペシャルティ領域専門医像』を確認し、

第１～３群のいずれかを記載ください

**〇〇専門医 専門研修プログラム整備基準**

**○○専門医には専門医資格名称を記載**

**以下、記載スペースが足りない場合は、適宜改行等で調整し、記載してください。**

**① 制度の概要と目的（必須）**

専門医制度の概要ならびに目的を記載

**② 専門医新規認定の審査・認定方法（必須）**

新規認定の方法（筆記または面接試験の有無、所定の研修修了等の要件）を記載

**③ 専門医更新の審査・認定方法（必須）**

更新認定の方法（所定単位の取得や試験、症例レポート提出等の更新要件）を記載

**④ 資格の停止・取り消しについて（必須）**

専門医資格の停止や取り消しに係る要件を記載

**⑤ 個人情報の取り扱い（必須）**

専門医の個人情報の取り扱いについて記載

**⑥　指導医認定・更新方法（必須）**

指導医の認定・更新要件について記載

※申請日時点で指導医認定を行っていない場合、今後の方針を記載してください。

**⑦　研修施設認定・更新方法（必須）**

研修施設の認定・更新要件について記載

※申請日時点で研修施設認定を行っていない場合、今後の方針を記載してください。

**⑧ 研修方法について（記載可能な範囲で記載してください。）**

1. **専門研修後の成果**

専門研修後に求められる専門医像ならびに社会的な意義について記載

1. **到達目標（修得すべき知識・技能・態度）、経験目標（種類、内容、経験数など）**

研修修了要件等について記載

1. **専門研修の評価**

研修の評価方法等について記載

**⑨　その他・PSSBへの連絡事項（記載任意）**

PSSBへの連絡事項等があれば、こちらに記載

**以上**