별지서식 목록

1. 별지 제1호: 연수교육 세부계획서
2. 별지 제2호: 분과전임의 명부
3. 별지 제3호: 수련이수자 명부
4. 별지 제4호: 교육지도자 명부
5. 별지 제5호: 내과분과전문의 수련병원 지정 신청서
6. 별지 제6호: 내과분과전문의 수련병원 지정서
7. 별지 제7호: 내과분과전문의 수련병원 실태보고서
8. 별지 제8호: 내과분과전문의 자격인정시험 응시원서
9. 별지 제9호: 내과분과전임의 수련이수증명서
10. 별지 제10호: 연수평점 기록지
11. 별지 제11호: 연수평점 이수증명서
12. 별지 제12호: 내과분과전문의 자격갱신 연기사유서
13. 별지 제13호: 내과분과전문의 자격갱신 신청서
14. 별지 제14호: 전임의 수련 평가서

[별지 제1호]

연수교육 세부계획서

제출기관:

실시기관:

위원장: (인)

주제 :

기간 : . . . 부터 . . . 까지 (일간)

장소 :

교육종류 : 연수강좌 ( ) 실습( )

총 교육시간 : 시간

총 평점 : 점

소요예산 : 원

등록회비 : 원

참석예상인원 : 명

연수교육 세부교육시간표

연월일	시간 (시-시)	교육방법 (연수강좌,실습)	교육 주제	강사명	소속	시간
계						

※ 연수교육 세부시간표는 주제별로 상세한 시간을 기재하여 주시기 바라며, 미정인 경우 연수교육 평점이 승인되지 않습니다. (1일 교육 상한 점수는 6평점)

[별지 제2호]

_____분과 전임의 명부

년 월 일

병원명:

병원장: (직인)

분과	성명	생년월일	의사면허번호	내과전문의번호	임용년월일

※ 당해연도 신규 전임의만 기재하여 주시기 바랍니다.

※ 소화기분과는 전임의 연차를 구분하여 기재하여 주시기 바랍니다.

[별지 제3호]

_____분과 수련이수자 명부

년 월 일

병원명:

병원장: (직인)

분과전임의 등록번호	성명	생년월일	의사면허번호	내과전문의번호	수련기간

[별지 제4호]

_____분과 교육지도자 명부

년 월 일

병원명:

병원장: (직인)

성명	병원 내 소속 근무지 (직위)	내과분과전문의 분야	내과분과전문의 인정번호	비고

※ 교육지도자: 전임의 수련병원에서 해당 분과에 전임으로 근무하는 내과분과전문의

※ 교육지도자 부재 사유가 있는 경우 비고란에 사유와 부재 기간을 기재하여 주시기 바랍니다.

[별지 제5호]

내과분과전문의 수련병원 지정 신청서

병원 명칭			
소재지			
병원장 성명		**전화번호**	

지정을 받고자 하는 사항

분과	인원	분과	인원

대한내과학회 내과분과전문의 규정에 의한 내과분과전문의 수련병원의 지정을 받고자 관계서류를 첨부하여 신청합니다.

년 월 일

신청인 내과책임자 (인)

대한내과학회 이사장 귀하

구비서류 1. 수련병원 실태보고서 1부
2. 의료기관 개설허가증사본 1부

[별지 제6호]

제 호

내과분과전문의 수련병원 지정서

병원명칭 :

소재지 :

대표자 :

분과 :

기간 :

위와 같이 내과분과전문의 수련병원으로 지정함.

년 월 일

대한내과학회 이사장

[별지 제7호-1]

(　　)내과분과전문의 수련병원 실태보고서

1. 수련병원 정보*

병원명					
소재지					
병원장 성명					
신청인 (내과책임자)	성명		실무자 (입력자)	성명	
	전화번호			전화번호	
	E-mail			E-mail	
의료기관 개설허가증					
병원 종류	상급종합병원/종합병원/병원/국립병원/시립병원/기타(　　)				
보건복지부 장관이 인정하는 내과전공의 수련병원 여부				예 / 아니오	

2. 지정을 받고자 하는 사항*

분과	신청인원	분과장 성명	연락처
소화기			
순환기			
호흡기			
내분비-대사			
신장			
혈액종양			
감염			
알레르기			
관절류마티스			

3. 현재 수련 중인 내과전임의 수*

1년차		2년차	
3년차		총	

4. 분과별 수련책임자 및 작성자 정보*

수련책임자	성명		직위	
	전화번호		E-mail	
작성자	성명		직위	
	전화번호		E-mail	

5. 교육지도자*

성명	병원 내 직위		내과분과전문의 인정번호	비고
	직위	의사면허번호		

※ 교육지도자: 전임의 수련기간 동안 수련병원 해당 분과에 전임으로 근무하는 내과분과전문의
※ 교육지도자의 부재가 있을 경우 비고란에 부재 사유 및 기간 기재

[별지 제7호-2 (소화기)]

1. 소화기내과 진료 현황*

소화기 분과 환자를 위한 특수 입원병동 존재	유/무
소화기 분과 환자를 위한 특수 외래 클리닉 존재	유/무
소화기 분과 환자가 차지하는 병상	[ ]병상
소화기 분과 전체의 연간 입퇴원 환자 수	[ ]명
소화기 분과 전체의 연간 외래 환자 수	[ ]명
소화기 분과 전체의 연간 타과로부터 진료의뢰 환자 수	[ ]명

2. 일반 현황*

소화기내과 전임의를 위한 명문화된 자체 규정집이 있는가?	예/아니오	필수
소화기내과 전임의를 위한 표준 진료지침과 교육목표가 있는가?	예/아니오	필수
소화기내과 전임의를 위한 기본 교육프로그램이 있는가? (예, 위장관, 간, 췌장담도 분과 순환교육)	예/아니오	필수
소화기내과 전임의를 위한 심화 교육프로그램이 있는가? (예, 감염, 윤리 교육, 리더십 교육, 의학통계 교육, 기초실험 교육 등)	예/아니오	권장
A. 감염관리 교육 시행 여부	예/아니오	권장
B. 윤리교육 시행 여부	예/아니오	권장
C. 리더십 교육 시행 여부	예/아니오	권장
D. 의학통계 교육 시행 여부	예/아니오	권장
E. 기초실험 교육 시행 여부	예/아니오	권장

3. 진료 현황*

소화기내과 전임의가 지도전문의와 같이 병실회진에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수
소화기내과 전임의 단독으로 회진을 돌고 처방을 시행할 수 있는가?	예/아니오	권장
소화기내과 전임의가 단독으로 외래진료를 담당하고 있는가?	예 (주___회) /아니오	권장
소화기내과 전임의가 타과 협진을 직접 혹은 지도전문의 감독하에 담당하고 있는가?	예/아니오	필수

4. 교육 현황*

소화기내과 전임의 교육 과정이 대한내과학회 소화기분과에서 제시한 전임의 교육목표를 반영하고 있는가?	예/아니오	필수
소화기내과 전임의 교육을 위한 지도전문의 강의가 있는가?	예(연간 __건) /아니오	필수
소화기내과 지도전문의가 대한내과학회 소화기분과에서 제시한 전임의 교육목표를 인지하고 있는가?	예/아니오	필수
소화기내과 자체의 컨퍼런스가 있는가?	예(연간 __건) /아니오	필수
소화기내과와 타과의 합동 컨퍼런스가 있는가? (예: 영상의학과, 외과, 병리과 등과의 합동 컨퍼런스 등)	예(연간 __건) /아니오	권장
소화기내과와 3개 이상 타과의 다학제 진료 프로그램이 있는가? (예: 외과, 영상의학과, 종양내과, 방사선종양학과, 핵의학과와의 다학제 진료)	예(연간 __건) /아니오	권장

소화기내과 전임의가 국내학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	필수
소화기내과 전임의가 해외학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	권장
소화기내과 전임의가 내과 전공의 교육에 참여하고 있는가?	예/아니오	권장

5. 연구 현황*

소화기내과 전임의 수련기간 중 임상연구에 참여하는가?	예/아니오	권장
소화기내과 전임의 수련기간 중 기초연구에 참여하는가?	예/아니오	권장
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 발표논문(원저 또는 증례) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 ___편) /아니오	필수
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 학회 발표(구연 또는 포스터) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 ___편) /아니오	필수

6 술기 현황*

소화기내과 전임의가 진단 상부위장관 내시경을 직접 시행하는가?	예(총 ___건) /아니오	필수
소화기내과 전임의가 치료 상부위장관 내시경(출혈지혈술, 이물제거술, 용종절제술)을 직접 시행하는가?	예(총 ___건) /아니오	필수
소화기내과 전임의가 진단 대장내시경을 직접 시행하는가?	예(총 ___건) /아니오	필수
소화기내과 전임의가 치료 대장내시경(출혈지혈술, 용종절제술)을 직접 시행하는가?	예(총 ___건) /아니오	필수
소화기내과 전임의가 복부초음파를 직접 시행하는가?	예(총 ___건) /아니오	권장

7. 전임의 수련을 위한 의료환경*

소화기내과 전임의 수련을 위한 기본 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (필수 장비: 상부소화관내시경, 대장내시경, 복부초음파, 치료내시경)	예/아니오	필수
소화기내과 전임의 수련을 위한 진보된 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (진보된 장비: 내시경적 역행성 담췌관 조영술 , 소화관기능검사, 내시경초음파)	예/아니오	권장
소화기내과 전임의 수련을 위한 기본 타과 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (기본 타과 장비: 복부전산화단층촬영, 자기공명영상)	예/아니오	권장
소화기내과 전임의 수련을 위한 진보된 타과 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (타과 장비: 복강경, 방사성동위원소)	예/아니오	권장
소화기내과 전임의 수련을 위한 연관된 타과가 있는가? (예: 일반외과, 영상의학과, 진단검사의학과, 병리과)	예/아니오	권장

8. 전임의 수련과정* ('유'체크 시 증빙자료 제출 필요)

교육 프로그램 및 규정	유/무	필수
임상과 기초 연구 프로그램 및 규정	유/무	권장
학술과 연구에 대한 지원 프로그램 및 규정	유/무	권장
파견 수련에 대한 규정 및 프로그램	유/무	권장

9. 보조 및 증빙자료 첨부

상병별 통계	첨부
증빙자료	첨부

[별지 제7호-2 (순환기)]

1. 순환기내과 진료 현황*

순환기 분과 환자를 위한 특수 입원병동 존재	유/무
순환기 분과 환자를 위한 특수 외래 클리닉 존재	유/무
순환기 분과 환자가 차지하는 병상	[ ]병상
순환기 분과 전체의 연간 입퇴원 환자 수	[ ]명
순환기 분과 전체의 연간 외래 환자 수	[ ]명
순환기 분과 전체의 연간 타과로부터 진료의뢰 환자 수	[ ]명

2. 일반 현황*

순환기내과 전임의를 위한 명문화된 자체 규정집이 있는가?	예/아니오	필수
순환기내과 전임의를 위한 표준 진료지침과 교육목표가 있는가?	예/아니오	필수
순환기내과 전임의를 위한 기본 교육프로그램이 있는가? (예, 심도자, 심장초음파, 부정맥 분과 순환교육)	예/아니오	필수
순환기내과 전임의를 위한 심화 교육프로그램이 있는가? (예, 감염, 윤리 교육, 리더십 교육, 의학통계 교육, 기초실험 교육 등)	예/아니오	권장
A. 감염관리 교육 시행 여부	예/아니오	권장
B. 윤리교육 시행 여부	예/아니오	권장
C. 리더십 교육 시행 여부	예/아니오	권장
D. 의학통계 교육 시행 여부	예/아니오	권장
E. 기초실험 교육 시행 여부	예/아니오	권장

3. 진료 현황*

순환기내과 전임의가 지도전문의와 같이 병실회진에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수
순환기내과 전임의 단독으로 회진을 돌고 처방을 시행할 수 있는가?	예/아니오	필수
순환기내과 전임의가 단독으로 외래진료를 담당하고 있는가?	예(주 ___회) /아니오	필수
순환기내과 전임의가 타과 협진을 직접 담당하고 있는가?	예/아니오	필수

4. 교육 현황*

순환기내과 전임의 교육 과정이 대한내과학회 순환기분과에서 제시한 전임의 교육목표를 반영하고 있는가?	예/아니오	필수
순환기내과 전임의 교육을 위한 지도전문의 강의가 있는가?	예(연간 ___건) /아니오	필수
순환기내과 지도전문의가 대한내과학회 순환기분과에서 제시한 전임의 교육목표를 인지하고 있는가?	예/아니오	필수
순환기내과 자체의 컨퍼런스가 있는가?	예(연간 ___건) /아니오	필수
순환기내과와 타과의 합동 컨퍼런스가 있는가? (예: 영상의학과, 외과, 병리과 등과의 합동 컨퍼런스)	예(연간 ___건) /아니오	필수
순환기내과와 3개 이상 타과의 다학제 진료 프로그램이 있는가? (예: 외과, 영상의학과, 응급의학과, 핵의학과와 다학제 진료)	예(연간 ___건) /아니오	권장

순환기내과 전임의가 국내학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	필수
순환기내과 전임의가 해외학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	권장
순환기내과 전임의가 내과 전공의 교육에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수

5. 연구 현황*

순환기내과 전임의 수련기간 중 임상연구에 참여하는가?	예/아니오	필수
순환기내과 전임의 수련기간 중 기초연구에 참여하는가?	예/아니오	권장
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 발표논문(원저 또는 증례) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 ___편) /아니오	권장
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 학회 발표(구연 또는 포스터) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 ___편) /아니오	필수

6. 술기 현황*

순환기내과 전임의가 심장초음파 (경흉부 및 경식도) 검사를 직접 시행하는가?	예(총 ___건) /아니오	필수
순환기내과 전임의가 관상동맥조영술을 직접 시행하는가?	예(총 ___건) /아니오	필수
순환기내과 전임의가 관상동맥성형술을 직접 시행 또는 참여하는가?	예(총 ___건) /아니오	필수
순환기내과 전임의가 심장질환의 진단 및 치료 술기(우심도자술, 심낭천자술, 일시형심박동기 삽입술 등)를 직접 시행하는가?	예(총 ___건) /아니오	필수
순환기내과 전임의가 전기생리학적 검사 및 도자절제술에 참여하는가?	예(총 ___건) /아니오	권장

7. 전임의 수련을 위한 의료환경*

순환기내과 전임의 수련을 위한 기본 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (필수 장비: 심장초음파기기, 심혈관 조영기기, 24시간 심전도 및 혈압기기, 운동부하심전도기기, 기립경사도검사기기)	예/아니오	필수
순환기내과 전임의 수련을 위한 진보된 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (진보된 장비: 혈관내초음파 및 혈관광간섭검사, 분획혈류예비력검사, 전기생리학 검사기기, IABP, ECHMO)	예/아니오	권장
순환기내과 전임의 수련을 위한 기본 타과 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (기본 타과 장비: 관상동맥CT, 심장 MRI, 핵의학적검사)	예/아니오	권장
순환기내과 전임의 수련을 위한 연관된 타과가 있는가? (예: 일반외과, 영상의학과, 진단검사의학과)	예/아니오	필수

8. 전임의 수련과정* ('유'체크 시 증빙자료 제출 필요)

교육 프로그램 및 규정	유/무	필수
임상과 기초 연구 프로그램 및 규정	유/무	필수
학술과 연구에 대한 지원 프로그램 및 규정	유/무	필수
파견 수련에 대한 규정 및 프로그램	유/무	권장

9. 보조 및 증빙자료 첨부

상병별 통계	첨부
증빙자료	첨부

[별지 제7호-2 (호흡기)]

1. 호흡기내과 진료 현황*

호흡기 분과 환자가 차지하는 병상	[ ]병상
호흡기 분과 전체의 연간 입퇴원 환자 수	[ ]명
호흡기 분과 전체의 연간 외래 환자 수	[ ]명
호흡기 분과 전체의 연간 타과로부터 진료의뢰 환자 수	[ ]명

2. 일반 현황*

호흡기내과 전임의를 위한 명문화된 자체 규정집이 있는가?	예/아니오	필수
호흡기내과 전임의를 위한 표준 진료지침과 교육목표가 있는가?	예/아니오	필수
호흡기내과 전임의를 위한 기본 교육프로그램이 있는가?	예/아니오	필수
호흡기내과 전임의를 위한 심화 교육프로그램이 있는가? (예, 감염, 윤리 교육, 리더십 교육, 의학통계 교육, 기초실험 교육 등)	예/아니오	권장
A. 감염관리 교육 시행 여부	예/아니오	권장
B. 윤리교육 시행 여부	예/아니오	권장
C. 리더십 교육 시행 여부	예/아니오	권장
D. 의학통계 교육 시행 여부	예/아니오	권장
E. 기초실험 교육 시행 여부	예/아니오	권장

3. 진료 현황*

호흡기내과 전임의가 지도전문의와 같이 병실회진에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수
호흡기내과 전임의 단독으로 회진을 돌고 처방을 시행할 수 있는가?	예/아니오	필수
호흡기내과 전임의가 단독으로 외래진료를 담당하고 있는가?	예(주 ___회) /아니오	필수
호흡기내과 전임의가 타과 협진을 직접 담당하고 있는가?	예/아니오	필수

4. 교육 현황*

호흡기내과 전임의 교육 과정이 대한내과학회 호흡기분과에서 제시한 전임의 교육목표를 반영하고 있는가?	예/아니오	필수
호흡기내과 전임의 교육을 위한 지도전문의 강의가 있는가?	예(연간 ___건) /아니오	필수
호흡기내과 지도전문의가 대한내과학회 호흡기분과에서 제시한 전임의 교육목표를 인지하고 있는가?	예/아니오	필수
호흡기내과 자체의 컨퍼런스가 있는가?	예(연간 ___건) /아니오	필수
호흡기내과와 타과의 합동 컨퍼런스가 있는가? (예: 영상의학과, 흉부외과, 병리과 등과의 합동 컨퍼런스)	예(연간 ___건) /아니오	필수
호흡기내과와 3개 이상 타과의 다학제 진료 프로그램이 있는가? (예: 흉부외과/영상의학과/종양내과/방사선종양학과/핵의학과와 다학제 진료)	예(연간 ___건) /아니오	권장
호흡기내과 전임의가 국내학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	필수

호흡기내과 전임의가 해외학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	권장
호흡기내과 전임의가 내과 전공의 교육에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수

5. 연구 현황*

호흡기내과 전임의 수련기간 중 임상연구에 참여하는가?	예/아니오	필수
호흡기내과 전임의 수련기간 중 기초연구에 참여하는가?	예/아니오	권장
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 발표논문(원저 또는 증례) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 ___편) /아니오	필수
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 학회 발표(구연 또는 포스터) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 ___편) /아니오	필수

6. 술기 현황*

호흡기내과 전임의가 진단 기관지 내시경을 직접 시행하는가?	예(총 ___건) /아니오	필수
호흡기내과 전임의가 치료 기관지내시경 조직검사를 직접 시행하는가?	예(총 ___건) /아니오	필수
호흡기내과 전임의가 치료 기관지내시경 기관지폐포세척술을 직접 시행하는가?	예(총 ___건) /아니오	필수
호흡기내과 전임의가 치료 기관지초음파내시경을 직접 시행하는가?	예(총 ___건) /아니오	필수

7. 전임의 수련을 위한 의료환경*

호흡기내과 전임의 수련을 위한 기본 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (필수 장비: 기관지내시경, 기관지초음파내시경, 치료내시경)	예/아니오	필수
호흡기내과 전임의 수련을 위한 기본 타과 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (기본 타과 장비: 전산화단층촬영, 자기공명영상)	예/아니오	필수
호흡기내과 전임의 수련을 위한 진보된 타과 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (타과 장비: 흉강경, 방사성동위원소)	예/아니오	권장
호흡기내과 전임의 수련을 위한 연관된 타과가 있는가? (예, 흉부외과, 영상의학과, 진단검사의학과, 병리과)	예/아니오	필수

8. 전임의 수련과정* ('유'체크 시 증빙자료 제출 필요)

교육 프로그램 및 규정	유/무	필수
임상과 기초 연구 프로그램 및 규정	유/무	필수
학술과 연구에 대한 지원 프로그램 및 규정	유/무	필수
파견 수련에 대한 규정 및 프로그램	유/무	권장

9. 보조 및 증빙자료 첨부

상병별 통계	첨부
증빙자료	첨부

[별지 제7호-2 (내분비-대사)]

1. 일반 현황*

내분비-대사 분과 전임의를 위한 명문화된 자체 규정집이 있는가?	있다/없다	필수
내분비-대사 분과 전임의를 위한 표준 진료지침과 교육목표가 있는가?	있다/없다	필수
일반 교육		
A. 감염관리 교육	있다 (연__회) / 없다	권장
B. 윤리 교육	있다 (연__회) / 없다	권장
C. 리더십 교육	있다 (연__회) / 없다	권장
D. 의학통계 교육	있다 (연__회) / 없다	권장
E. 기초실험 교육	있다 (연__회) / 없다	권장

2. 교육 현황*

전임의를 위한 기본 교육프로그램이 있는가?	있다/없다	필수
지도전문의가 대한내과학회에서 제시한 전임의 교육목표를 인지하고 있는가?	예/아니오	필수
내분비대사분과 전임의 교육 과정이 대한내과학회에서 제시한 전임의 교육목표를 반영하고 있는가?	예/아니오	필수
전임의를 위한 지도전문의 강의가 있는가?	예(연 __회) /아니오	필수
내분비대사분과 자체 conference가 있는가?	있다 (연__회) / 없다	필수
전임의가 저널 발표를 하는가?	예(연 __회) /아니오	필수
전임의가 내과 전체 집담회(예. MGR)에 참석하는가?	예(연 __회) /아니오	필수
타과와의 joint conference가 있는가? (병리과, 영상의학과, 핵의학과, 일반외과, 이비인후과, 신경외과 등)	있다 (연__회) / 없다	필수
3개 이상 타과의 다학제 진료 프로그램이 있는가?	있다 (__개) / 없다	권장
내분비대사분과에서 직접 초음파를 하는가?	예 (갑상선: 연__회 /경동맥: 연__회) /아니오	권장
초음파 교육담당 지도전문의가 있는가?	있다/없다	권장
- 성명과 직위		
전임의를 위한 초음파 교육 프로그램이 있는가?	있다 (갑상선: 연__회 /경동맥: 연__회) /없다	권장
전임의가 국내 학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예(연 __회) /아니오	필수
전임의가 해외 학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예(연 __회) /아니오	권장
전임의가 내과 전공의 교육에 참여하는가?	예/아니오	필수
전임의가 내분비 검사 판독에 참여하는가?	예(연 __건) /아니오	필수

3. 내분비-대사내과 진료 현황*

내분비-대사내과 특수 입원병동 유무	있다/없다
내분비-대사내과 특수 외래클리닉 유무	있다/없다
내분비-대사내과 환자가 차지하는 병상 수	_____병상
내분비-대사내과 전체의 연간 입퇴원 환자 수	_____명
내분비-대사내과 전체의 연간 외래 환자 수	_____명
타과에서 내분비-대사내과로 진료 의뢰된 연간 환자 수	_____명

4. 진료 현황*

전임의가 지도전문의의 병실 회진에 참여하는가?	예/아니오	필수
전임의 단독으로 병실 회진을 하고 처방을 내릴 수 있는가?	있다/없다	필수
전임의가 단독으로 외래진료를 담당하는가?	예(주 __회) /아니오	필수
전임의가 타과 의뢰 환자를 직접 진료하는가?	예(연 __건) /아니오	필수
전임의가 당뇨병 교육을 하는가?	예(연 __건) /아니오	필수

5. 연구 현황*

전임의 수련기간 중 임상연구에 참여하는가?	예/아니오	필수
전임의 수련기간 중 기초연구에 참여하는가?	예/아니오	권장
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 발표논문(원저 또는 증례) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	있다 (연__편) / 없다	필수
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 학회 발표(구연 또는 포스터) 횟수에 대한 자체 규정이 있는가?	있다 (연__편) / 없다	필수

6. 술기 현황*

전임의가 직접 초음파검사를 하는가?	예 (갑상선: 연__건 /경동맥: 연__건) /아니오	필수
전임의가 직접 갑상선세침흡인검사를 하는가?	예(연 __건) /아니오	권장

7. 전임의 수련을 위한 의료환경*

전임의 수련을 위한 기본 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (갑상선초음파, 골밀도측정기, 초음파, CT, MRI, 동위원소시설)	있다/없다	필수
전임의 수련과 연관된 타과가 있는가? (예: 영상의학과, 핵의학과, 진단검사의학과, 병리과, 일반외과, 안과, 신경외과, 정형외과, 비뇨기과, 산부인과, 정신건강의학과, 이비인후과, 소아과)	있다/없다	필수

8. 전임의 수련과정* ('유'체크 시 증빙자료 제출 필요)

교육 프로그램 및 규정	있다/없다	필수
임상과 기초 연구 프로그램 및 규정	있다/없다	필수
학술과 연구에 대한 지원 프로그램 및 규정	있다/없다	필수
파견 수련에 대한 규정 및 프로그램	있다/없다	권장

9. 보조 및 증빙자료 첨부

상병별 통계	첨부
증빙자료	첨부

[별지 제7호-2 (신장)]

1. 신장내과 진료 현황*

신장 분과 환자를 위한 입원병동 존재	유/무
신장 분과 환자를 위한 외래 클리닉 존재	유/무
신장 분과 환자가 차지하는 병상	[ ]병상
신장 분과 전체의 연간 입퇴원 환자 수	[ ]명
신장 분과 전체의 연간 외래 환자 수	[ ]명
신장 분과 전체의 연간 타과로부터 진료의뢰 환자 수	[ ]명

2. 일반 현황*

신장내과 전임의를 위한 명문화된 자체 규정집이 있는가?	예/아니오	필수
신장내과 전임의를 위한 표준 진료지침과 교육목표가 있는가?	예/아니오	필수
신장내과 전임의를 위한 기본 교육프로그램이 있는가? (예, 혈액투석, 복막투석, 신이식, 신장조직검사)	예/아니오	필수
신장내과 전임의를 위한 심화 교육프로그램이 있는가? (예, 감염, 윤리 교육, 리더십 교육, 의학통계 교육, 기초실험 교육 등)	예/아니오	권장
A. 감염관리 교육 시행 여부	예/아니오	권장
B. 윤리교육 시행 여부	예/아니오	권장
C. 리더십 교육 시행 여부	예/아니오	권장
D. 의학통계 교육 시행 여부	예/아니오	권장
E. 기초실험 교육 시행 여부	예/아니오	권장
전임의가 수련기간 중에 타병원 파견 일정이 포함되어 있는가?	예/아니오	
- 연간 파견 개월 수 및 파견 가능병원	수련기간 중 __개월 / _개	
- 파견 일정이 전임의 수련에서 어떤 점을 보완하는 기능을 갖는가?	내용 입력	

3. 진료 현황*

신장내과 전임의가 지도전문의와 같이 병실회진에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수
신장내과 전임의 단독으로 회진을 돌고 처방을 시행할 수 있는가?	예/아니오	필수
신장내과 전임의가 단독으로 외래진료를 담당하고 있는가?	예(주 __회) /아니오	필수
신장내과 전임의가 타과 협진을 직접 담당하고 있는가?	예/아니오	필수
전임의가 단독으로 혈액 투석실 회진을 돌고 order를 내고 있는가?	예(진료 유지혈액투석 환자 수: 연간 명) /아니오	필수
전임의가 복막투석 환자를 단독으로 진료하고 order를 내고 있는가?	예(진료 유지복막투석 환자 수: 연간 명) /아니오	필수

지도전문의와 같이 하는 혈액 또는 복막 투석실 회진이 있는가?	예/아니오	필수
중환자실 CRRT 를 직접 처방하고 환자를 관리하는가?	예(연간 ___명) /아니오	필수
신장이식 환자 진료에 참여하는가?	예(연간 ___명) /아니오	권장

4. 교육 현황*

신장내과 전임의 교육 과정이 대한내과학회 신장분과에서 제시한 전임의 교육목표를 반영하고 있는가?	예/아니오	필수
신장내과 전임의 교육을 위한 지도전문의 강의가 있는가?	예(연간 ___건) /아니오	필수
신장내과 지도전문의가 대한내과학회 신장분과에서 제시한 전임의 교육목표를 인지하고 있는가?	예/아니오	필수
신장내과 자체의 컨퍼런스가 있는가?	예(연간 ___건) /아니오	필수
신장내과와 타과의 합동 컨퍼런스가 있는가? (예: 영상의학과, 비뇨기과, 외과, 병리과 등과의 합동 컨퍼런스)	예(연간 ___건) /아니오	필수
신장내과와 3개 이상 타과의 다학제 진료 프로그램이 있는가? (예: 외과, 영상의학과, 종양내과, 방사선종양학과, 핵의학과와의 다학제 진료)	예(연간 ___건) /아니오	권장
신장내과 전임의가 국내학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	필수
신장내과 전임의가 해외학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	권장
신장내과 전임의가 내과 전공의교육에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수

5. 연구 현황*

신장내과 전임의 수련기간 중 임상연구에 참여하는가?	예/아니오	필수
신장내과 전임의 수련기간 중 기초연구에 참여하는가?	예/아니오	권장
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 발표논문(원저 또는 증례) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 ___편) /아니오	필수
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 학회 발표(구연 또는 포스터) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 ___편) /아니오	필수

6. 술기 현황*

응급투석을 위한 중심정맥 삽관을 전임의가 직접 하는가?	예/아니오	권장
복막투석을 위한 도관 삽관을 직접 또는 어시스트 하는가?	예 (직접 시행/ 어시스트만 - 시행: 연간 _회 - 어시스트 연간_회) /아니오	권장
신생검을 직접 시행 또는 어시스트하는가?	예 (직접 시행/ 어시스트만 - 시행: 연간 _회 - 어시스트 연간_회) /아니오	필수
혈액투석용 동정맥루에 대한 도플러 검사를 전임의가 직접 시행하는가?	예/아니오	필수

7. 전임의 수련을 위한 의료환경*

신질환의 진단을 위한 초음파 시설	유/무	필수
병리조직학적 검사를 위한 제반시설(LM, IF, EM 포함)	유/무	권장
신질환의 진단을 위한 동위원소 시설	유/무	필수
신기능 검사를 위한 시설	유/무	필수

8. 전임의 수련과정* ('유'체크 시 증빙자료 제출 필요)

교육 프로그램 및 규정	있다/없다	필수
임상과 기초 연구 프로그램 및 규정	있다/없다	필수
학술과 연구에 대한 지원 프로그램 및 규정	있다/없다	필수
파견 수련에 대한 규정 및 프로그램	있다/없다	권장

9. 보조 및 증빙자료 첨부

상병별 통계	첨부
증빙자료	첨부

[별지 제7호-2 (혈액종양)]

1. 혈액종양내과 진료 현황*

혈액종양내과 환자를 위한 특수 입원병동 존재	유/무
혈액종양내과 환자를 위한 특수 외래 클리닉 존재	유/무
혈액종양내과 환자가 차지하는 병상	[ ]병상
혈액종양내과 전체의 연간 입퇴원 환자 수	[ ]명
혈액종양내과 전체의 연간 외래 환자 수	[ ]명
혈액종양내과 전체의 연간 타과로부터 진료의뢰 환자 수	[ ]명

2. 일반 현황*

혈액종양내과 전임의를 위한 명문화된 자체 규정집이 있는가?	예/아니오	필수
혈액종양내과 전임의를 위한 표준 진료지침과 교육목표가 있는가?	예/아니오	필수
혈액종양내과 전임의를 위한 기본 교육프로그램이 있는가? (예: 혈액내과, 종양내과 순환교육 등)	예/아니오	필수
혈액종양내과 전임의를 위한 심화 교육프로그램이 있는가? (예: 감염관리 교육, 윤리 교육, 리더십 교육, 의학통계 교육, 기초실험 교육 등)	예/아니오	권장
A. 감염관리 교육 시행 여부	예/아니오	권장
B. 윤리교육 시행 여부	예/아니오	권장
C. 리더십 교육 시행 여부	예/아니오	권장
D. 의학통계 교육 시행 여부	예/아니오	권장
E. 기초실험 교육 시행 여부	예/아니오	권장

3. 진료 현황*

혈액종양내과 전임의가 지도전문의와 같이 병실회진에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수
혈액종양내과 전임의 단독으로 회진을 돌고 처방을 시행할 수 있는가?	예/아니오	필수
혈액종양내과 전임의가 단독으로 외래진료를 담당하고 있는가?	예(주 ___회) /아니오	필수
혈액종양내과 전임의가 타과 협진을 직접 담당하고 있는가?	예/아니오	필수

4. 교육 현황*

혈액종양내과 전임의 교육과정이 대한내과학회 혈액종양내과분과에서 제시한 전임의 교육목표를 반영하고 있는가?	예/아니오	필수
혈액종양내과 전임의 교육을 위한 지도전문의 강의가 있는가?	예(연간 ___건) /아니오	필수
혈액종양내과 지도전문의가 대한내과학회 혈액종양내과 분과에서 제시한 전임의 교육목표를 인지하고 있는가?	예/아니오	필수
혈액종양내과 자체의 컨퍼런스가 있는가?	예(연간 ___건) /아니오	필수
혈액종양내과와 타과의 합동 컨퍼런스가 있는가? (예: 감염내과, 영상의학과, 진단검사의학과, 병리과 등과의 합동 컨퍼런스)	예(연간 ___건) /아니오	필수
혈액종양내과와 3개 이상 타과의 다학제 진료 프로그램이 있는가? (예: 감염내과, 영상의학과, 방사선종양학과, 핵의학과와의 다학제 진료)	예(연간 ___건) /아니오	권장

혈액종양내과 전임의가 국내학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	필수
혈액종양내과 전임의가 해외학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	권장
혈액종양내과 전임의가 내과 전공의 교육에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수

5. 연구 현황*

혈액종양내과 전임의 수련기간 중 임상연구에 참여하는가?	예/아니오	필수
혈액종양내과 전임의 수련기간 중 기초연구에 참여하는가?	예/아니오	권장
혈액종양내과 전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 발표논문(원저 또는 증례) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 ___편) /아니오	필수
혈액종양내과 전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 학회 발표(구연 또는 포스터) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 ___편) /아니오	필수

6. 전임의 수련을 위한 의료환경*

혈액종양내과 전임의 수련을 위한 기본 타과 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (기본 타과 장비: 복부전산화단층촬영, 자기공명영상, 치료용 방사선조사장치, 혈액방사선조사기)	예/아니오	필수
혈액종양내과 전임의 수련을 위한 진보된 타과 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (진보된 타과 장비: 복강경, 방사성동위원소, PET-CT)	예/아니오	필수
혈액종양내과 전임의 수련을 위한 연관된 타과가 있는가? (예: 방사선종양학과, 영상의학과, 핵의학과, 진단검사의학과, 병리과)	예/아니오	필수

7. 전임의 수련과정* ('유'체크 시 증빙자료 제출 필요)

교육 프로그램 및 규정	있다/없다	필수
임상과 기초 연구 프로그램 및 규정	있다/없다	필수
학술과 연구에 대한 지원 프로그램 및 규정	있다/없다	필수
파견 수련에 대한 규정 및 프로그램	있다/없다	권장

8. 보조 및 증빙자료 첨부

상병별 통계	첨부
증빙자료	첨부

[별지 제7호-2 (감염)]

1. 감염내과 진료 현황*

감염 분과 환자를 위한 입원병동 존재	유/무
감염 분과 환자를 위한 외래 존재	유/무
감염 분과 환자가 차지하는 병상	[ ]병상
감염 분과 전체의 연간 입퇴원 환자 수	[ ]명
감염 분과 전체의 연간 외래 환자 수	[ ]명
감염 분과 전체의 연간 타과로부터 진료의뢰 환자 수	[ ]명

2. 일반 현황*

감염내과 전임의 교육을 위한 명문화된 자체 규정집이 있는가?	예/아니오	필수
감염내과 전임의를 위한 표준 진료지침과 교육목표가 있는가?	예/아니오	필수

3. 전문성*

1) 교육

감염내과 분과 책임 지도전문의가 있는가?	예/아니오	필수
감염내과 분과전임의를 위한 지도전문의 강의가 있는가?	예/아니오	필수
감염내과 자체의 conference가 있는가?	예/아니오	필수
감염내과와 타과와의 정기적인 joint conference가 연간 총 4회 이상 있는가?	예/아니오	권장
감염내과 전임의에게 의학통계 교육 기회를 제공하는가?	예/아니오	권장
감염내과 전임의에게 기초실험 교육 기획를 제공하는가?	예/아니오	권장
감염내과 전임의가 해외 학회 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	권장
감염내과 전임의가 국내 학회 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	필수
감염내과 전임의가 내과 전공의 교육에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수
감염내과 전임의를 위한 윤리 교육이 있는가?	예/아니오	권장

2) 연구

감염내과 전임의 수련 기간 중 기초연구에 참여하는가?	예/아니오	권장
감염내과 전임의 수련 기간 중 임상연구에 참여하는가?	예/아니오	필수
전임의 수련기간 중 제1저자로서 발표논문(원저 또는 증례) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 ___편) /아니오	필수
전임의 수련기간 중 1저자로서 학회 발표(구연 또는 포스터) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 ___편) /아니오	필수

3) 타과협진

감염내과 전임의가 내과계 협진진료를 수행합니까?	예 (연간 전임의 1인당 __건) /아니오	필수
감염내과 전임의가 외과계 협진진료를 수행합니까?	예 (연간 전임의 1인당 __건) /아니오	필수
감염내과 전임의가 중환자실 협진진료를 수행합니까?	예 (연간 전임의 1인당 __건) /아니오	필수
감염내과 전임의가 항생제관리 프로그램 운영에 참여합니까?	예 (연간 전임의 1인당 __건) /아니오	필수

4) 외래

감염내과 전임의가 단독으로 외래진료를 보고 있는가?	예(주 __회) /아니오	권장

5) 입원

감염내과 전임의가 지도전문의와 같이 하는 병실 회진이 있는가?	예(총 __건) /아니오	필수

6) 감염관리

감염내과 전임의가 감염관리실 업무를 직접 수행하거나 참관합니까?	예(연간__개월) /아니오	필수

4. 전임의 처우*

감염내과 전임의를 위한 방/연구실이 있는가?	예(위치:_____) /아니오	필수

5. 보조 및 증빙자료 첨부

증빙자료	첨부

[별지 제7호-2(알레르기)]

1. 알레르기내과 진료 현황*

알레르기 분과 환자를 위한 특수 입원병동 존재	유/무
알레르기 분과 환자를 위한 특수 외래 클리닉 존재	유/무
알레르기 분과 환자가 차지하는 병상	[ ]병상
알레르기 분과 전체의 연간 입퇴원 환자 수	[ ]명
알레르기 분과 전체의 연간 외래 환자 수	[ ]명
알레르기 분과 전체의 연간 타과로부터 진료의뢰 환자 수	[ ]명

2. 일반 현황*

알레르기내과 전임의를 위한 명문화된 자체 규정집이 있는가?	예/아니오	필수
알레르기내과 전임의를 위한 표준 진료지침과 교육목표가 있는가?	예/아니오	필수
알레르기내과 전임의를 위한 기본 교육프로그램이 있는가?	예/아니오	필수
알레르기내과 전임의를 위한 심화 교육프로그램이 있는가? (예, 의학통계 교육, 기초실험 교육 등)	예/아니오	권장
A. 의학통계 교육 시행 여부	예/아니오	권장
B. 기초실험 교육 시행 여부	예/아니오	권장
C. 저널리뷰 시행 여부	예(연간 ___건) /아니오	권장
D. 전공의학서적 리뷰 시행 여부	예(연간 ___건) /아니오	권장
E. 기타 (항목을 기입 해주세요)	예/아니오	권장

3. 진료 현황*

알레르기내과 전임의가 지도전문의와 같이 병실회진이나 외래에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수
알레르기내과 전임의 단독으로 회진을 돌고 처방을 시행할 수 있는가?	예/아니오	필수
알레르기내과 전임의가 단독으로 외래진료를 담당하고 있는가?	예(주 ___회) /아니오	필수
알레르기내과 전임의가 타과 협진을 직접 담당하고 있는가?	예/아니오	필수

4. 교육 현황*

알레르기내과 전임의 교육 과정이 대한내과학회 알레르기분과에서 제시한 전임의 교육목표를 반영하고 있는가?	예/아니오	필수
알레르기내과 전임의 교육을 위한 지도전문의 강의가 있는가?	예(연간 ___건) /아니오	필수
알레르기내과 지도전문의가 대한내과학회 알레르기분과에서 제시한 전임의 교육목표를 인지하고 있는가?	예/아니오	필수
알레르기내과 자체의 컨퍼런스가 있는가?	예(연간 ___건) /아니오	필수
알레르기내과와 타과의 합동 컨퍼런스가 있는가? (예: 소아청소년과, 이비인후과, 피부과, 소화기내과, 병리과, 영상의학과 등과의 합동 컨퍼런스)	예(연간 ___건) /아니오	필수
알레르기내과와 타과의 다학제 진료 프로그램이 있는가? (예: 소아청소년과, 이비인후과, 피부과, 소화기내과, 병리과, 영상의학과 등과의 다학제 진료)	예(연간 ___건) /아니오	권장

알레르기내과 전임의가 국내학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	필수
알레르기내과 전임의가 해외학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	권장
알레르기내과 전임의가 내과 전공의 교육에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수
알레르기내과 전임의가 환자 교육(알레르기 질환과 약물(흡입기, 자가주사 에피네프린) 사용법 교육 등)에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수

5. 연구 현황*

알레르기내과 전임의 수련기간 중 임상연구에 참여하는가?	예/아니오	필수
알레르기내과 전임의 수련기간 중 기초연구에 참여하는가?	예/아니오	권장
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 발표논문(원저 또는 증례) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 __편) /아니오	필수
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 학회 발표(구연 또는 포스터) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 __편) /아니오	필수

6. 술기 현황*

알레르기내과 전임의가 (약물/식품) 알레르기에 대한 피부검사 혹은 유발검사를 직접 시행하는가?	예(총 __건) /아니오	필수
알레르기내과 전임의가 각종 약물 탈감작치료를 직접 시행하는가?	예(총 __건) /아니오	권장
알레르기내과 전임의가 항원특이면역요법을 직접 시행하는가?	예(총 __건) /아니오	권장
알레르기내과 전임의가 운동유발검사를 직접 시행하는가?	예(총 __건) /아니오	권장
알레르기내과 전임의가 비내시경을 직접 시행하는가?	예(총 __건) /아니오	권장

7. 전임의 수련을 위한 의료환경*

알레르기내과 전임의 수련을 위한 기본 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (필수장비: 폐기능검사, 기관지유발검사, 피부검사 및 유발검사 관련 장비 및 시설)	예/아니오	필수
알레르기내과 전임의 수련을 위한 기본 시설과 장비이외 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (기타 장비: 비내시경, 운동유발검사/탈감작요법 /비점막유발시험/세포도말검사 관련 장비 및 시설)	예/아니오	권장
알레르기내과 전임의 수련을 위한 기본 타과 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (기본 타과 장비: X선 장비, 혈액/혈청검사 장비 및 시설)	예/아니오	필수
알레르기내과 전임의 수련을 위한 기본 타과 시설과 장비이외 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (타과 장비: 전산화단층촬영, 자기공명영상, 기관지/위장관내시경, 골수 및 피부 조직검사 관련 장비)	예/아니오	권장
알레르기내과 전임의 수련을 위한 연관된 타과가 있는가? (예: 이비인후과, 소아청소년과, 피부과, 병리과)	예/아니오	권장

8. 전임의 수련과정* ('유'체크 시 증빙자료 제출 필요)

교육 프로그램 및 규정	유/무	필수
임상과 기초 연구 프로그램 및 규정	유/무	필수
학술과 연구에 대한 지원 프로그램 및 규정	유/무	필수
파견 수련에 대한 규정 및 프로그램	유/무	권장

9. 보조 및 증빙자료 첨부

상병별 통계	첨부
증빙자료	첨부

[별지 제7호-2 (관절류마티스)]

1. 관절류마티스분과 진료 현황*

관절류마티스 분과 환자를 위한 지정 입원병동 존재	유/무
관절류마티스 분과 환자를 위한 지정 외래공간 존재	유/무
관절류마티스 분과 환자가 차지하는 병상	[ ]병상
관절류마티스 분과 전체의 연간 입퇴원 환자 수	[ ]명
관절류마티스 분과 전체의 연간 외래 환자 수	[ ]명
관절류마티스 분과 전체의 연간 타과로부터 진료의뢰 환자 수	[ ]명

2. 일반 현황*

관절류마티스 분과 전임의를 위한 명문화된 병원내 규정이 있는가?	예/아니오	필수
관절류마티스 분과 전임의를 위한 표준 진료지침과 교육목표가 있는가?	예/아니오	필수
관절류마티스 분과 전임의를 위한 기본 교육프로그램이 있는가?	예/아니오	필수
관절류마티스 분과 전임의를 위한 심화 교육프로그램이 있는가? (예: 감염, 윤리, 리더십, 의학통계, 기초실험 교육 등)	예/아니오	권장
A. 감염관리 교육 시행 여부	예/아니오	권장
B. 윤리교육 시행 여부	예/아니오	권장
C. 리더십 교육 시행 여부	예/아니오	권장
D. 의학통계 교육 시행 여부	예/아니오	권장
E. 기초실험 교육 시행 여부	예/아니오	권장

3. 진료 현황*

관절류마티스분과 전임의가 지도전문의와 같이 병실회진에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수
관절류마티스분과 전임의 단독으로 회진을 돌고 처방을 시행할 수 있는가?	예/아니오	필수
관절류마티스분과 전임의가 단독으로 외래진료를 담당하고 있는가?	예(주 ___회) /아니오	필수
관절류마티스분과 전임의가 타과 협진을 직접 담당하고 있는가?	예/아니오	필수

4. 교육 현황*

관절류마티스분과 전임의 교육 과정이 대한내과학회 관절류마티스분과에서 제시한 전임의 교육목표를 반영하고 있는가?	예/아니오	필수
관절류마티스분과 전임의 교육을 위한 지도전문의 강의가 있는가?	예(연간 ___건) /아니오	권장
관절류마티스분과 지도전문의가 대한내과학회 관절류마티스분과에서 제시한 전임의 교육목표를 인지하고 있는가?	예/아니오	필수
관절류마티스분과 자체의 컨퍼런스가 있는가?	예(연간 ___건) /아니오	필수
관절류마티스분과와 타과의 합동 컨퍼런스가 있는가? (예: 영상의학과, 병리과 등과의 합동 컨퍼런스)	예(연간 ___건) /아니오	권장
관절류마티스분과와 3개 이상 타과의 다학제 진료 프로그램이 있는가? (예: 호흡기내과, 신장내과, 정형외과, 재활의학과, 영상의학과, 방사선종양학과, 핵의학과 등과의 다학제 진료)	예(연간 ___건) /아니오	권장

관절류마티스분과 전임의가 국내학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	필수
관절류마티스분과 전임의가 해외학회에 참석하도록 보장하고 지원하는가?	예/아니오	필수
관절류마티스분과 전임의가 내과 전공의 교육에 참여하고 있는가?	예/아니오	필수

5. 연구 현황*

관절류마티스분과 전임의 수련기간 중 임상연구에 참여하는가?	예/아니오	권장
관절류마티스분과 전임의 수련기간 중 기초연구에 참여하는가?	예/아니오	권장
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 발표논문(원저 또는 증례) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 __편) /아니오	권장
전임의 수련 기간 중 제1저자로서 1년 간 학회 발표(구연 또는 포스터) 수에 대한 자체 규정이 있는가?	예(연간 __편) /아니오	권장

6. 술기 현황*

관절류마티스분과 전임의가 관절초음파를 직접 시행하는가?	예(총 __건) /아니오	필수
관절류마티스분과 전임의가 관절천자를 직접 시행하는가?	예(총 __건) /아니오	필수
관절류마티스분과 전임의가 관절내 주사를 직접 시행하는가?	예(총 __건) /아니오	필수
관절류마티스분과 전임의가 손톱주름모세혈관 현미경검사를 직접 시행하는가?	예(총 __건) /아니오	권장
관절류마티스분과 전임의가 활막액 편광현미경 검사를 직접 시행하는가?	예(총 __건) /아니오	권장

7. 전임의 수련을 위한 의료환경*

관절류마티스분과 전임의 수련을 위한 장비를 구비하고 있는가? (예: 관절초음파, 손톱주름모세혈관 현미경, 편광현미경)	예/아니오	권장
관절류마티스분과 전임의 수련을 위한 기본 타과 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (기본 타과 장비: X-선촬영, 초음파, 복부전산화단층촬영, 자기공명영상)	예/아니오	필수
관절류마티스분과 전임의 수련을 위한 진보된 타과 시설 및 장비를 구비하고 있는가? (타과 장비: 근전도, 폐기능검사, 방사성동위원소)	예/아니오	권장
관절류마티스분과 전임의 수련을 위한 연관된 타과가 있는가? (예, 영상의학과, 진단검사의학과, 병리과)	예/아니오	필수

8. 전임의 수련과정* ('유'체크 시 증빙자료 제출 필요)

교육 프로그램 및 규정	유/무	필수
임상과 기초 연구 프로그램 및 규정	유/무	필수
학술과 연구에 대한 지원 프로그램 및 규정	유/무	필수
파견 수련에 대한 규정 및 프로그램	유/무	권장

9. 보조 및 증빙자료 첨부

상병별 통계	첨부
증빙자료	첨부

[별지 제8호]

내과분과전문의 자격인정시험 응시원서

수험번호							
지원분과		분과전임의 등록번호				사진 (3 × 4cm)	
의사 면허번호		내과전문의 번호		내과전문의 취득일			
성명	(한글)						
생년월일			자택전화				
근무처 주소			근무처 전화				
휴대폰			E-mail				
학력	학위	취득년월일	수여대학				
	학사						
	석사						
	박사						
분과 전임의 경력	수련기간	수련병원	연한	교육지도자 성명			
분과 실무 경력	근무기간	근무처	직위				

상기 본인은 _____ 내과분과전문의 자격시험 지원자로서 본인이 제출한 모든 서류의 기재사항은 사실과 틀림없음을 확인하며, 만일 기재사실이 허위인 것으로 판명되었을 때에는 수험의 정지, 합격의 무효 또는 내과분과전문의 자격인정 취소처분에도 이의를 제기하지 않을 것을 서약합니다.

년 월 일

성명 (인)

대한내과학회 이사장 귀하

..... 절 취 선 .....

수 험 표
(내과분과전문의 자격인정시험)

수험번호							
지원분과		분과전임의 등록번호				사진 (3 × 4cm)	
의사면허 번호		내과전문의 번호		내과전문의 취득일			
성명	(한글)						
생년월일			휴대폰				

주의: 본 수험표는 시험 시에 필히 휴대하여야 함.

년 월 일

대한내과학회 이사장

[별지 제9호]

제 호

내과분과전임의 수련이수증명서

성명 : 생년월일 : 년 월 일

의사면허번호 :

내과전문의번호 :

분과전임의 등록번호 :

수련분야 : 분과

수련기간 : 년 월 일부터 년 월 일까지

위자는 본 병원에서 소정의 _____내과
분과전임의 과정을 수련하였음을 증명함.

년 월 일

병원명 :
병원장 : (직인)

[별지 제10호]

연수평점 기록지

성명 : (인) 의사면허번호 :

내과전문의 번호 : 내과분과전문의 인정번호 :

1) 연수강좌 및 실습

분과명	연수일시	연수교육 제목	장소	주최	평점
총 점					

※ 내과분과전문의 연수교육 이수확인내역서 제출

2) 학술대회

학회명	개최일시	학술대회명	장소	평점
총 점				

※ 대한의사협회 연수교육 이수확인서 또는 이수내역확인서 제출

3) 학술대회 초록발표

분류	저자구분	저자	제목	발표학회명	발표학회개최일

※ 분과전문의 자격갱신 시 해당 없음.

4) 논문

분류	저자 인원수	저자 구분	저자	제목	발표 학술지	게재일	평점
총 점							

※ 공저인 경우 모든 공저자를 순서대로 기입하고, 본인이름 아래에 밑줄

※ 분류란에는 원저, 종설 또는 증례를 구분하여 표시

※ 증빙서류 (필요 시 별도 제출)

[별지 제11호]

제 호

연수평점 이수증명서

성명 : 생년월일 : 년 월 일

의사면허번호 :

내과전문의번호 :

내과분과전문의 인정번호 :

연수교육 이수평점 : 총 평점
연수강좌 및 실습 평점
학술대회 평점 (자격시험 응시자는 기록하지 말 것)
논문 평점 (자격시험 응시자는 기록하지 말 것)

평점 취득기간 : 년 월 일부터 년 월 일까지

위자는 소정의 _____내과분과전문의 연수평점을 득하였으므로
이 증서를 수여함.

년 월 일

_____내과분과위원회 위원장 (인)

[별지 제12호]

내과분과전문의 자격갱신 연기사유서

의사면허번호		내과전문의 번호		내과분과전문의 인정번호	
내과분과전문의 분야				내과분과전문의자격 취득일 (또는 최종갱신일)	
성명	(한글)			생년월일	
소속				직위	

연기 사유

해외장기체류자

기간	국명 및 도시명	목적	비고

해외장기체류를 증명할 수 있는 서류를 1부씩 첨부할 것.

상기 기재사항은 사실과 틀림없음.

년 월 일

성명 (인)

대한내과학회 이사장 귀하

[별지 제13호]

내과분과전문의 자격갱신 신청서

<table>
<tr><td>일련
번호</td><td></td><td>지원
분과</td><td></td><td colspan="2">내과분과전문의 자격취득일
(또는 최종갱신일)</td><td></td><td rowspan="3">사진
(3 × 4cm)</td></tr>
<tr><td>의사
면허번호</td><td colspan="2"></td><td>내과전문의
번호</td><td></td><td>내과분과전문의
인정번호</td><td></td></tr>
<tr><td>성명</td><td colspan="6">(한글)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">생년월일</td><td colspan="3" rowspan="2"></td><td>자택전화</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>근무처전화</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>휴대폰</td><td colspan="3"></td><td>E-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>근무처
주소</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

상기 본인은_____내과분과전문의 자격갱신 지원자로서 본인이 제출한 모든 서류의 기재사항은 사실과 틀림없음을 확인하며, 만일 기재 사실이 허위인 것으로 판명되었을 때에는 분과전문의 자격갱신 취소처분에도 이의를 제기하지 않을 것을 서약합니다.

년 월 일

성 명 (인)

대한내과학회 이사장 귀하

[별지 제14호]

전임의 수련 평가서

성명:

수련병원 및 분과:

수련기간:

전문지식/학습 능력: 임상/술기 능력: 학술/교육/연구 능력: 관리/소통 능력: 전반적 평가:

년 월 일

분과과장: (인)

내과과장: (인)