

## 6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（令和3年度開催回数3回）

(No.1)

病院施設番号： 030584 臨床研修病院の名称： 奈良県西和医療センター

氏名		所属	役職	備考
フリガナ ドイ ナオフミ		奈良県西和医療センター	院長	統括責任者
姓 土肥	名 直文			
フリガナ モリモト カツヒコ		奈良県西和医療センター	部長	委員長・プログラム責任者
姓 森本	名 勝彦			
フリガナ サイトウ ヨシヒコ		奈良県西和医療センター	総長	研修実施責任者
姓 斎藤	名 能彦			
フリガナ イシカワ ヒロフミ		奈良県西和医療センター	副院長	研修実施責任者
姓 石川	名 博文			
フリガナ タケシマ トシチカ		奈良県西和医療センター	副院長	研修実施責任者
姓 竹嶋	名 俊近			
フリガナ ヨシダ モトユキ		奈良県西和医療センター	副院長	研修実施責任者
姓 吉田	名 太之			
フリガナ ナカムラ タカヒト		奈良県西和医療センター	副院長	研修実施責任者
姓 中村	名 孝人			
フリガナ タケノウチ ミエ		奈良県西和医療センター	副院長	
姓 竹之内	名 美栄			
フリガナ ヨシザワ ヒロユキ		奈良県西和医療センター	部長	研修実施責任者
姓 吉澤	名 弘行			
フリガナ ウエノ マサトウ		奈良県西和医療センター	部長	研修実施責任者
姓 上野	名 正闘			

※ 1ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合は、No.2以降のシートをご使用ください。

## 6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（令和3年度開催回数3回）

(No.2)

病院施設番号： 030584 臨床研修病院の名称： 奈良県西和医療センター

氏名		所属	役職	備考
フリガナ カトウ ハルト		奈良県西和医療センター	部長	研修実施責任者
姓 加藤	名 晴登			
フリガナ キムラ カズオ		奈良県西和医療センター	部長	事務部門責任者
姓 木村	名 一夫			
フリガナ マツシタ エリカ		奈良県西和医療センター	部長	
姓 松下	名 英里香			
フリガナ マスオ シゲル		奈良県西和医療センター	技師長	
姓 枅尾	名 茂			
フリガナ ヤマモト ユウジ		奈良県西和医療センター	専攻医	
姓 山本	名 祐司			
フリガナ ナカニシ ショウコ		奈良県西和医療センター	研修医	
姓 中西	名 祥子			
フリガナ カワモト エイト		奈良県西和医療センター	研修医	
姓 河本	名 瑛仁			
フリガナ アカイ ヤスヒロ		奈良県立医科大学付属病院	臨床研修センター長	研修実施責任者
姓 赤井	名 靖宏			
フリガナ マツヤマ タケシ		奈良県総合医療センター	院長	研修実施責任者
姓 松山	名 武			
フリガナ チョウ テツジ		信貴山病院	臨床教育センター長	研修実施責任者
姓 長	名 徹二			

※ 1ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合は、No.2以降のシートをご使用ください。

## 6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数（令和3年度開催回数3回）

(No.3)

病院施設番号： 030584 臨床研修病院の名称： 奈良県西和医療センター

氏名		所属	役職	備考
フリガナ ヒラオ フミオ		上野病院	院長	研修実施責任者
姓 平尾	名 文雄			
フリガナ サモト ノリヒロ		国保中央病院	院長	研修実施責任者
姓 佐本	名 憲宏			
フリガナ オカザキ アイコ		南奈良総合医療センター	副院長	研修実施責任者
姓 岡崎	名 愛子			
フリガナ カワグチ ショウイチロウ		大阪暁明館病院	部長	研修実施責任者
姓 川口	名 正一郎			
フリガナ オザワ ユキヒロ		三浦市立病院	総病院長	研修実施責任者
姓 小澤	名 幸弘			
フリガナ カワテ ケンジ		奈良県総合リハビリテーションセンター	院長	研修実施責任者
姓 川手	名 健次			
フリガナ キタ カズヤ		やわらぎクリニック	院長	研修実施責任者
姓 北	名 和也			
フリガナ ミズノ フミコ		奈良県郡山保健所	所長	研修実施責任者
姓 水野	名 文子			
フリガナ ニシムラ マサキ		姫路獨協大学	准教授	外部委員
姓 西村	名 正喜			
フリガナ イケジマ コウジ		病院ボランティア	代表	外部委員
姓 池島	名 孝司			

※ 1ページ目の最上欄には、研修管理委員長の氏名等を記入すること。「所属」欄には、当該構成員が所属する病院又は施設の名称を記入すること。研修管理委員長、プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にその旨を記入すること。欄が足りない場合は、No.2以降のシートをご使用ください。