

※すべて必須項目となります

施設概要	
施設名	病院名・施設名をご記入下さい
診療科	診療科をご記入下さい
施設 郵便番号	郵便番号をご記入下さい
施設 所在地	病院・施設の住所をご記入下さい
修練責任者	記入例：田中 一郎
病院説明文	医局の方針や施設の特徴などを200文字から400文字程度の紹介文をご記入下さい。

今回の募集人数		施設外観
	募集人数	施設の写真を3枚程度ご用意下さい。無くても掲載は可能ですが、 写真があったほうが応募が集まりやすい傾向があります。 写真の種類は施設外観のほか、手術風景、 スタッフの集合写真などが一般的です。 写真のサイズは1024×768ピクセル前後をご用意下さい。
専門修練医 (卒後6年目～)	記入例：1	
後期研修医 (卒後3～5年目)	記入例：2	
初期研修医 (卒後1、2年目)	記入例：0	
合計	記入例：3	

施設情報				
	16年以上	15～11年	10～6年	5～3年
診療科勤務医師数 (卒後年数別)	記入例：1	記入例：1	記入例：1	記入例：0
専門医数	記入例：2			
2016年 手術件数	食道疾患入院症例数	記入例：40		
	食道手術症例数	記入例：20		
	食道がん手術症例数	記入例：10		

連絡先		募集期間	
担当者名	記入例：田中 一郎	希望情報公開日	記入例：2017年6月1日
電話番号	記入例：03-0000-0000	募集終了予定日	記入例：2018年3月31日
E-mail	記入例：info@jplats-dic.jp		
施設、診療科HP URL	記入例：http://www.jplats-dic.jp/		