

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

病院施設番号：030780 臨床研修病院の名称：岩手県立磐井病院

氏名		所属	役職	備考
フリガナ	カツラ カズノリ	岩手県立磐井病院	副院長	研修管理委員長 研修実施責任者
姓	桂 一憲			
フリガナ	アベ タカユキ	岩手県立磐井病院	院長	臨床研修指導医
姓	阿部 隆之			
フリガナ	ヨコサワ サトシ	岩手県立磐井病院	第 1 消化器内科長	臨床研修指導医
姓	横沢 聡			
フリガナ	マエカワ ヨシユキ	岩手県立磐井病院	災害医療科長	プログラム責任者
姓	前川 慶之			
フリガナ	カシワダテ トシアキ	岩手県立磐井病院	外科長兼消化器外科長	臨床研修指導医
姓	柏館 俊明			
フリガナ	ホンジョウ ショウゴ	岩手県立磐井病院	参与	臨床研修指導医
姓	本庄 省五			
フリガナ	ナカムラ シン	岩手県立磐井病院	副院長	臨床研修指導医
姓	中村 紳			
フリガナ	サトウ マコト	岩手県立磐井病院	事務局長	
姓	佐藤 誠			
フリガナ	ナカムラ トシエ	岩手県立磐井病院	総看護師長	
姓	中村 利江			
フリガナ	アキユ シゲキ	一関市医師会長	秋保クリニック 院長	外部有識者
姓	秋保 茂樹			

※ 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。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

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

病院施設番号：030780 臨床研修病院の名称：岩手県立磐井病院

氏名		所属	役職	備考
フリガナ イトウ シゲキ		岩手医科大学附属病院	教授	研修実施責任者
姓 伊藤	名 薫樹			
フリガナ シモオキ オサム		岩手医科大学附属内丸メディカルセンター	センター長	研修実施責任者
姓 下沖	名 収			
フリガナ カメイ タカシ		東北大学病院	副病院長	研修実施責任者
姓 亀井	名 尚			
フリガナ クボ ナオヒコ		盛岡赤十字病院	院長	研修実施責任者
姓 久保	名 直彦			
フリガナ カトウ アキノブ		盛岡市立病院	院長	研修実施責任者
姓 加藤	名 章信			
フリガナ シバナイ カズオ		北上済生会病院	統括副院長	研修実施責任者
姓 柴内	名 一夫			
フリガナ イケハタ アツシ		岩手県立中央病院	医療研修部長	研修実施責任者
姓 池端	名 敦			
フリガナ ホシダ トオル		岩手県立大船渡病院	副院長	研修実施責任者
姓 星田	名 徹			
フリガナ カワカミ ジュン		岩手県立釜石病院	医療研修科長	研修実施責任者
姓 川上	名 淳			
フリガナ ヨシダ ケン		岩手県立宮古病院	医療研修科長	研修実施責任者
姓 吉田	名 健			

※ 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。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

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

病院施設番号：030780 臨床研修病院の名称：岩手県立磐井病院

氏名		所属	役職	備考
フリガナ キクチ シュウヘイ		岩手県立胆沢病院	医療研修科長	研修実施責任者
姓 菊地	名 修平			
フリガナ エンドウ マサヒロ		岩手県立久慈病院	医療研修科長	研修実施責任者
姓 遠藤	名 正宏			
フリガナ サトウ ハジメ		岩手県立千厩病院	院長	研修実施責任者
姓 佐藤	名 一			
フリガナ ヤスダ タケヒコ		岩手県立中部病院	医療研修室長	研修実施責任者
姓 安田	名 猛彦			
フリガナ オガサワラ トシヒロ		岩手県立二戸病院	院長	研修実施責任者
姓 小笠原	名 敏浩			
フリガナ スギヤマ テルユキ		岩手県立大東病院	院長	研修実施責任者
姓 杉山	名 照幸			
フリガナ マツバラ トシヒロ		岩手県立南光病院	副院長	研修実施責任者
姓 松原	名 智広			
フリガナ タカギ フミエ		一関市国民健康保険藤沢病院	院長	研修実施責任者
姓 高木	名 史江			
フリガナ キムラ ヒロシ		岩手県一関保健所	所長	
姓 木村	名 博史			
フリガナ マスダ トモユキ		岩手県赤十字血液センター	所長	
姓 増田	名 友之			

※ 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。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。

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

病院施設番号：030780 臨床研修病院の名称：岩手県立磐井病院

氏名		所属	役職	備考
フリガナ コンノ マサトシ		独立行政法人国立病院機構岩手病院	脳神経内科医長	研修実施責任者
姓 今野	名 昌俊			
フリガナ サトウ リュウジ		特定医療法人博愛会一関病院	院長	研修実施責任者
姓 佐藤	名 隆次			
フリガナ チバ シュウキ		医療法人社団愛生会昭和病院	医師	研修実施責任者
姓 千葉	名 周希			
フリガナ セキ ヒロフミ		特定医療法人盛岡つなぎ温泉病院	院長	研修実施責任者
姓 関	名 博文			
フリガナ				
姓	名			
フリガナ				
姓	名			
フリガナ				
姓	名			
フリガナ				
姓	名			
フリガナ				
姓	名			
フリガナ				
姓	名			

※ 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。欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。